

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO
Curso de Mestrado em Direção e Chefia de Serviços de Enfermagem

**IMPACTO DA DURAÇÃO DOS TURNOS NA PERCEÇÃO
DA QUALIDADE DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM
NUM HOSPITAL PRIVADO DO PORTO
THE IMPACT OF SHIFT LENGTH IN NURSING CARE
QUALITY PERCEPTION ON A PRIVATE HOSPITAL IN
PORTO**

**Dissertação orientada pela Professora Doutora
Maria Manuela Martins
Autor: Ricardo José Ferreira de Sousa**

Porto, 2019

“Pessoas felizes fazem mais, melhor e durante mais tempo”

Jason Associates, 2012, p.233

AGRADECIMENTO

Ao hospital CUF Porto por permitir a realização do estudo no contexto de trabalho.

Aos enfermeiros do hospital CUF Porto pela participação no estudo, sem eles não seria possível.

Aos enfermeiros gestores do hospital CUF Porto pelo apoio na sensibilização dos profissionais para a participação no estudo.

À Sra. Enfermeira Sara Martins, diretora de enfermagem do Hospital CUF Porto, por apostar em mim enquanto gestor e pelo apoio demonstrado ao longo do meu percurso profissional e académico.

À Sra. Professora Doutora Manuela Martins, orientadora deste trabalho de investigação, por ter despertado em mim a vontade de seguir este caminho, pela disponibilidade e celeridade nas respostas, pelo apoio e, acima de tudo, pela capacidade de não nos permitir esmorecer perante as dificuldades!

Aos meus amigos e família!

Ao meu filho Guilherme, pela felicidade que irradia, pelo amor que partilhamos, por nos ensinar a relativizar e, acima de tudo, por nos mostrar que a vida se faz de conquistas diárias e que tudo é possível!

E por fim, à minha esposa Elsa, pelo exemplo de coragem, inteligência, altruísmo, determinação e resiliência, uma mulher de garra e supermãe. Obrigado por não desistires de mim, obrigado por tudo!!!

RESUMO

A garantia da qualidade dos cuidados constitui, atualmente, um objetivo central para as organizações de saúde, resultando da combinação entre a eficácia e eficiência dos processos, a segurança dos clientes e a satisfação das suas necessidades.

Tendo como objetivo promover a qualidade dos cuidados de enfermagem e orientar o exercício profissional dos enfermeiros, a Ordem dos Enfermeiros emitiu em 2002 os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Estes descritivos serviram como base para a elaboração de uma ferramenta para avaliar a percepção da qualidade dos cuidados de enfermagem, a Escala de percepção das atividades de enfermagem que contribuem para a qualidade dos cuidados (EPAECQC).

Cabe, no entanto, às organizações de saúde e aos seus gestores, garantir as condições necessárias para promover o bem-estar dos profissionais e a qualidade dos cuidados de saúde, nomeadamente através de boas práticas em gestão de recursos humanos.

De acordo com a literatura, os turnos de enfermagem mais prolongados podem potenciar a fadiga, o stress e a ocorrência de acidentes, comprometendo a segurança e qualidade dos cuidados. No entanto, o nível de satisfação com a prática de turnos mais prolongados (12 horas) não é consensual entre os enfermeiros, sendo muitas vezes preferidos.

Com base nestes pressupostos, desenvolvemos um estudo quantitativo, de acordo com o paradigma positivista e natureza descritivo-correlacional, com o objetivo de avaliar o impacto da duração dos turnos na percepção da qualidade dos cuidados de enfermagem e na satisfação dos profissionais. Para tal, foi elaborado e aplicado um instrumento de recolha de dados, a uma amostra aleatória de 111 enfermeiros de um hospital privado no Porto, com um nível de confiança de 95% e margem de erro de 4,76%, tendo em consideração aspetos éticos. A recolha de dados decorreu entre dezembro de 2018 e fevereiro de 2019.

Após a recolha e análise estatística dos dados, o score médio obtido com a aplicação da escala foi de 80,1 pontos dum total de 96 pontos possíveis da mesma, confirmando a existência de uma percepção da qualidade muito boa.

Ao cruzar as variáveis em estudo, não verificamos uma associação estatisticamente significativa entre a duração dos turnos e a percepção da qualidade total dos cuidados de enfermagem ($p>0,05$), sendo estatisticamente significativa apenas na dimensão do “bem-estar e autocuidado” ($p=0,04$).

No entanto, foi possível observar uma associação estatisticamente significativa ($p=0,026$) entre a duração dos turnos e a satisfação dos profissionais, sendo esta superior em turnos de seis horas, seguida dos turnos de 12 horas e finalmente pelos turnos de oito a dez horas.

Face aos resultados obtidos, o conhecimento da percepção dos profissionais acerca qualidade dos cuidados assim como a sua satisfação com os horários praticados, permitirão a consolidação de práticas ou aplicação de medidas de melhoria continua no âmbito da gestão em enfermagem.

Palavras chave: Enfermagem; Qualidade em saúde; Cuidados de enfermagem; Segurança do doente; Duração dos turnos; Satisfação profissional.

ABSTRACT

Title: The impact of shift length in nursing care quality perception on a private hospital in Porto.

The care quality assurance, represents nowadays, a central goal for the healthcare organizations, resulting from the combination of process efficacy and efficiency, patient safety and the satisfaction of their needs.

Having the aim of promoting nursing quality care and direct their professional exercise, the Portuguese Nursing Order, issued in 2002 the Nursing Quality Care Standards, which served as a basis for the development of a tool that allows the quality perception assessment, the Scale of Perception of Nursing Activities that Contribute to Nursing Care Quality (EPAECQC).

However, the healthcare organizations and their health managers have the responsibility of assuring conditions that promote professional well-being and health care quality, namely through appropriate human resources management practices.

According to the literature, longer nursing shifts may improve fatigue, stress, accidents, compromising the patient safety and care quality. However, the level of satisfaction with longer shifts (twelve-hours) it's not consensual among nurses, being sometimes preferred.

Based on these assumptions, we developed a quantitative study, according with the positivist paradigm and descriptive-correlational nature, with the aim of assessing the impact of shift length in nursing care quality perception, as well as in professional satisfaction. To do so, we constructed and applied a data collect instrument to a random sample of 111 nurses of a private hospital in Oporto, with a 95% confidence level and 4,76% of error margin, attending ethical concerns. The data was collected from November 2018 to February 2019.

After collecting and analysing the data, we obtained a medium score with the scale of 80,1 points, within 96 possible points, confirming the existence of a very good care quality perception.

Crossing the variables in study, there was no significant statistical association between shift length and total quality care perception ($p>0,05$), being statistically significative only on "well-being and self-care" dimension ($p=0,04$).

However, it was possible to see a significant statistical association ($p=0,026$) between the shift length and professional satisfaction, as it was higher in six-hour shifts, followed by twelve-hour shifts, and finally, eight to ten-hour shifts.

Facing these results, the knowledge about the professional's care quality perception and their satisfaction with their schedules, will allow practice consolidation or improvement measures within nursing management.

Key words: Nursing; Healthcare quality; Nursing care; Patient Safety; Shift length; Professional satisfaction.

LISTA DE SIGLAS E/OU ABREVIATURAS

ARH - Administração de Recursos Humanos.

DP - Desvio Padrão

EPAECQC - Escala de Percepção das Atividades de Enfermagem que Contribuem para a Qualidade dos Cuidados.

IPQ - Instituto Português da Qualidade

JCI - Joint Commission International

OE - Ordem dos Enfermeiros.

PNS - Plano Nacional de Saúde.

PQCE - Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem.

REPE - Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro.

SUMÁRIO

Nota introdutória	19
1. Da qualidade em saúde à organização dos cuidados de enfermagem	23
1.1 Evolução do conceito de Qualidade	23
1.1.2 Qualidade em saúde	27
1.1.3 Segurança do doente	30
1.1.4 A Qualidade na assistência de Enfermagem	32
1.2 Gestão de pessoas - Evolução do conceito e sua relevância	37
1.3 Organização de pessoas em Enfermagem em Portugal	40
1.3.1 Modelos de organização do trabalho em enfermagem	45
1.3.2 Horários e escalas de trabalho	49
1.3.3 Trabalho por turnos	51
1.3.4 Impacto dos turnos de 12 horas	53
2. Da preparação do trabalho de campo à recolha dos dados	57
2.1 Desenho do estudo	57
2.2 Variáveis	59
2.3 Hipóteses	61
2.4 População e Amostra	62
2.4.1 Instrumento de recolha de dados	63
2.4.2 Procedimento de recolha de dados e considerações éticas	64
2.4.3 Procedimento de tratamento de dados	65
3. Da caracterização da amostra à evidencia do impacto da duração dos turnos na percepção da qualidade dos cuidados e satisfação profissional	69
3.1 Caracterização da amostra	69
3.2 Avaliação da percepção da qualidade dos cuidados	72
3.3 Avaliação da satisfação dos profissionais com a duração e tipologia de horário	79
3.4 Evidencia do impacto na percepção da qualidade dos cuidados de enfermagem	81
3.5 Evidencia do impacto da duração dos turnos na satisfação dos profissionais	86
4. Da duração dos turnos ao impacto na percepção da qualidade dos cuidados de enfermagem e satisfação dos profissionais: Discussão dos resultados	93
CONCLUSÃO	111

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	115
Anexos	123

ANEXO 1 - Perfil de competências do Enfermeiro Gestor

ANEXO 2 - Questionário utilizado

ANEXO 3 - Parecer da Comissão de Ética do Hospital CUF Porto

ÍNDICE DE TABELAS, FIGURAS E GRÁFICOS

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: Impacto dos turnos de 12 horas na satisfação profissional, fadiga e burnout. ...	54
Tabela 2: Limites de pontuação da EPAECQC.....	66
Tabela 3: Caracterização da amostra segundo o serviço	71
Tabela 4: Caracterização da amostra segundo o tipo de contrato, carga horária semanal, duração dos turnos e tipologia de horário.....	72
Tabela 5: Percepção da qualidade dos cuidados quanto à satisfação do cliente	73
Tabela 6: Percepção da qualidade dos cuidados quanto à promoção da saúde.....	74
Tabela 7: Percepção da qualidade dos cuidados quanto à prevenção de complicações.....	75
Tabela 8: Percepção da qualidade dos cuidados quanto ao bem-estar e autocuidado.	76
Tabela 9: Percepção da qualidade dos cuidados quanto à reabilitação funcional.....	77
Tabela 10: Percepção da qualidade dos cuidados quanto à organização dos cuidados.	78
Tabela 11: Percepção geral do impacto da tipologia e duração do horário.	80

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Qualidade percebida pelo cliente.....	24
Figura 2: Evolução histórica do conceito de qualidade	24
Figura 3: Modelo de sistema de gestão da qualidade baseado em processos	25
Figura 4: Componentes da qualidade na saúde.....	28
Figura 5: Modelo conceptual de qualidade em saúde de Donabedian	29
Figura 6: Fatores concorrentes para a ocorrência de acidentes.....	31
Figura 7: Responsabilidades Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem	34
Figura 8: Enunciados descritivos dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem.	36
Figura 9: Representação esquemática do modelo funcional de cuidados de enfermagem	46
Figura 10: Representação esquemática do modelo de equipa na organização de cuidados de enfermagem	47
Figura 11: Representação esquemática do modelo individual na organização de cuidados de enfermagem	48
Figura 12: Representação esquemática do modelo primário ou responsável na organização de cuidados de enfermagem	49

Figura 13: Diagrama síntese da comparação dos resultados decorrentes da EPAECQC 103

Figura 14: Diagrama síntese da associação entre a duração dos turnos, a perceção da qualidade e satisfação dos profissionais. 107

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Distribuição da idade (anos completos no momento da resposta).....	70
Gráfico 2: Distribuição do tempo de exercício profissional (anos completos no momento da resposta)	70
Gráfico 3: Distribuição do tempo de exercício profissional no serviço atual (anos completos no momento da resposta ao questionário)	71
Gráfico 4: Score qualidade total EPAECQC.....	73
Gráfico 5: Perceção da qualidade dos cuidados quanto à satisfação do cliente	74
Gráfico 6: Perceção da qualidade dos cuidados quanto à promoção da saúde	75
Gráfico 7: Perceção da qualidade dos cuidados quanto à prevenção de complicações.....	76
Gráfico 8: Perceção da qualidade dos cuidados quanto ao bem-estar e autocuidado.	77
Gráfico 9: Perceção da qualidade dos cuidados quanto à reabilitação funcional.	78
Gráfico 10: Perceção da qualidade dos cuidados quanto à organização dos cuidados.	79
Gráfico 11: Perceção geral do impacto da tipologia e duração do horário.....	80
Gráfico 12: Tipo de contrato e a perceção da qualidade total.....	83
Gráfico 13: Tipo de contrato e a promoção da saúde.....	83
Gráfico 14: Tipo de contrato e a prevenção de complicações.....	83
Gráfico 15: Tipologia de horário e a satisfação do cliente	84
Gráfico 16: Tipologia de horário e o bem-estar e autocuidado	85
Gráfico 17: Duração dos turnos e o bem-estar e autocuidado.....	86
Gráfico 18: Duração dos turnos e continuidade dos cuidados.	87
Gráfico 19: Duração dos turnos e segurança dos cuidados.	88
Gráfico 20: Duração dos turnos e o tempo para registos.	88
Gráfico 21: Duração dos turnos e a organização dos cuidados.	88
Gráfico 22: Duração dos turnos e o tempo livre	89
Gráfico 23: Duração dos turnos e a gestão da vida pessoal e familiar.	89
Gráfico 24: Duração dos turnos e a propensão para a fadiga e stress.....	90

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1: Família de Normas ISO 9000	27
Quadro 2: Etapas das organizações ao longo do século XX	38
Quadro 3: Competências do Enfermeiro Gestor	44
Quadro 4: Variáveis sociodemográficas	59
Quadro 5: Variáveis profissionais	59
Quadro 6: Variáveis relacionadas com a avaliação da percepção da qualidade dos cuidados de enfermagem	60
Quadro 7: Variáveis relacionadas com a avaliação a satisfação dos enfermeiros	61
Quadro 8: Caracterização da amostra segundo a idade.....	69
Quadro 9: Caracterização da amostra segundo o tempo de exercício profissional	70
Quadro 10: Caracterização da amostra segundo o tempo de exercício profissional no serviço	71
Quadro 11: Resultados EPAECQC	72
Quadro 12: Sexo e a percepção da qualidade dos cuidados de enfermagem.	81
Quadro 13: Tipo de serviço e a percepção da qualidade dos cuidados de enfermagem.	82
Quadro 14: Tipo de contrato e a percepção da qualidade dos cuidados de enfermagem	82
Quadro 15: Tipologia de horário e a percepção da qualidade dos cuidados de enfermagem	84
Quadro 16: Duração dos turnos e a percepção da qualidade dos cuidados de enfermagem.	85
Quadro 17: Impacto da duração dos turnos na continuidade, segurança e organização dos cuidados, gestão da vida pessoal e familiar e propensão para fadiga e stress.	87
Quadro 18: Impacto da duração dos turnos na satisfação dos profissionais.	91
Quadro 19: Impacto da duração dos turnos na vontade de ter outro tipo de horário.	92

NOTA INTRODUTÓRIA

Novos tempos, novos desafios. Vivemos num mundo em constante transformação, ao nível económico, social, tecnológico e cultural, onde as mudanças se processam a um ritmo acelerado, forçando as empresas a constantes adaptações para dar resposta à crescente exigência por parte dos clientes.

A saúde, enquanto área “provedora” de serviços, não fica alheia a esta realidade. O cliente atual, procura um serviço que não só satisfaça as suas necessidades, mas que o faça de forma rápida e eficaz, evitando a ocorrência de eventos indesejados. É neste contexto que se evidencia a importância da garantia da qualidade dos cuidados em saúde, definida por alguns autores como o resultado da conjugação de elementos como a eficácia, a eficiência, a segurança e a experiência do cliente.

Torna-se imperativo para qualquer organização em saúde, implementar medidas que promovam não só a qualidade ao nível dos cuidados, mas também ao nível da gestão, que garantam a sua subsistência e desenvolvimento perante a competitividade dos mercados.

De acordo com as teorias em torno da gestão empresarial e da qualidade, é possível perceber o papel preponderante das pessoas, enquanto clientes e profissionais. No papel de clientes, devem constituir o ponto de partida para qualquer organização, de acordo com a identificação das suas necessidades e expectativas que, ao serem satisfeitas ou superadas, representam o sucesso da organização.

Por outro lado, enquanto trabalhadores, representam o motor das organizações, cuja satisfação e motivação se traduz invariavelmente em produtividade e eficiência, salientando a necessidade de promoção de condições que favoreçam bem-estar e compromisso dos colaboradores, tendo em conta as suas preferências e necessidades.

Falar de qualidade implica necessariamente abordar o conceito de segurança dos cuidados. Já Florence Nightingale reforçava a necessidade de proteger os doentes de acontecimentos indesejados, decorrentes de tratamentos hospitalares. Não sendo a saúde uma área de atividade isenta de riscos, é fundamental implementar estratégias que protejam os clientes e profissionais, mitigando esses riscos ou minimizando o impacto causado pelos acidentes. A confiança nos prestadores de cuidados, fundamental para o estabelecimento de relações terapêuticas, depende inevitavelmente da segurança dos cuidados, sendo esta responsável também pela redução drástica de custos (evitáveis) em saúde, assim como da melhoria da experiência do cliente.

Em termos organizacionais, nomeadamente na área da gestão de pessoas, vários são os fatores que influenciam a satisfação e a *performance* dos profissionais, como o reconhecimento profissional, a remuneração, a possibilidade de desenvolvimento e progressão na carreira, o tipo de horário praticado, as condições de trabalho e o impacto na vida pessoal e familiar.

Parece-nos, portanto, evidente que a promoção de condições de trabalho que favoreçam o bem-estar e motivação dos colaboradores, se traduzirá possivelmente numa melhoria da segurança e qualidade dos cuidados.

De acordo com a literatura consultada, vários estudos associam a prática de turnos de enfermagem mais prolongados (12 horas) a uma maior propensão para a fadiga, assim como a um acrescido risco de ocorrência de erros e acidentes. No entanto, parece não existir consenso na relação existente entre a duração dos horários de trabalho e a satisfação dos profissionais.

De forma a delinear o problema em estudo, uma vez que os turnos de 12 horas constituem uma prática habitual em algumas equipas de enfermagem da instituição onde decorreu o estudo, pareceu-nos importante perceber se existe alguma associação entre a duração dos turnos e a percepção da qualidade dos cuidados de enfermagem, assim como a satisfação dos profissionais. Nesse sentido, desenvolvemos um estudo quantitativo, transversal, de natureza descritivo-correlacional, com o objetivo de responder à nossa questão de partida: “Qual o impacto da duração dos turnos na percepção da qualidade dos cuidados de enfermagem?”.

Pretendemos com os resultados da nossa investigação, além de descrever o modo como a qualidade é percecionada pelos enfermeiros da instituição, fornecer dados que permitam a manutenção ou revisão dos horários em vigor, com vista à melhoria contínua da qualidade e satisfação dos colaboradores. Este aspeto permitirá ainda favorecer o meu desenvolvimento profissional enquanto enfermeiro gestor (desde 2015) na unidade onde o estudo se desenvolve.

O estudo foi realizado num hospital privado do Porto. Trata-se de um hospital pertencente ao grupo José de Mello Saúde, inaugurado em junho de 2010. A unidade dispõe de 154 camas de internamento, oito salas de bloco operatório, três salas de bloco de partos, uma unidade de cuidados intensivos polivalente de adultos, uma unidade de cuidados intensivos neonatais, 122 gabinetes de consulta, atendimento permanente de adultos e crianças, um hospital de dia oncológico, serviço de medicina física e reabilitação, serviço de exames especiais (Cardiologia, Gastreenterologia, Ginecologia, Imuno-Alergologia, Oftalmologia, Otorrinolaringologia, Pneumologia e Urologia), assim como uma oferta abrangente em termos de meios complementares de diagnóstico e imagiologia.

Apresenta como valores fundamentais o respeito pela dignidade e bem-estar da pessoa, o desenvolvimento humano, a competência e a inovação, tendo alcançado em 2018 o certificado de acreditação pela *Joint Commission Internacional* (JCI), fazendo da qualidade dos cuidados uma questão central para a organização.

Em relação à estrutura do relatório, optamos por uma organização em quatro partes distintas. Na primeira parte do trabalho pretendemos fazer um breve enquadramento conceptual acerca dos temas centrais do nosso estudo, como a qualidade dos cuidados e a gestão de recursos humanos em enfermagem.

No que diz respeito à qualidade, após um breve enquadramento histórico e evolução do seu conceito, procuramos perceber a importância que detém na área da saúde, abordando ainda questões relacionadas com a segurança dos cuidados que, sendo influenciada pela conjugação de vários fatores de ordem individual e organizacional, tem um enorme impacto na experiência do cliente, satisfação dos profissionais e na qualidade dos cuidados de enfermagem. Ainda neste âmbito, são apresentados os elementos constituintes dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (PQCE) da Ordem dos Enfermeiros (OE), cujos enunciados descritivos serviram como base para a construção da ferramenta utilizada na nossa investigação, a Escala de Percepção da Atividades de Enfermagem que Contribuem para a Qualidade dos Cuidados (APAECCQ).

No campo da gestão, após uma breve resenha histórica, com foco na gestão de pessoas, analisamos o seu impacto na área da saúde, especificamente em enfermagem, passando pelo papel do enfermeiro gestor. Sendo os horários de enfermagem uma das variáveis em estudo, pareceu-nos pertinente abordar a legislação em torno dessa temática, o impacto do trabalho por turnos e, por fim, uma revisão da literatura em relação ao impacto dos turnos de doze horas.

Na segunda parte apresentamos todo o enquadramento metodológico, desde a finalidade, os objetivos traçados, as hipóteses de investigação e as variáveis em estudo. Em relação ao desenho do estudo, é apresentado o tipo de estudo a realizar, definida a população e amostra, o procedimento e instrumento de recolha de dados, assim como o seu tratamento.

Na terceira parte do relatório, são apresentados os principais resultados decorrentes da nossa investigação, com recurso à estatística descritiva e inferencial para a análise da relação entre as variáveis. Estes resultados são discutidos numa quarta fase do trabalho, tendo por base a comparação com outras evidências disponíveis na literatura consultada, permitindo retirar algumas elações quanto às hipóteses em estudo.

Finalmente, antes de apresentar a bibliografia consultada e os anexos de relevo, tecemos algumas conclusões no que diz respeito à consecução dos objetivos propostos para este estudo de investigação, efetuando uma reflexão acerca das limitações e dificuldades

sentidas ao longo do processo de investigação. Com base nos resultados alcançados deixamos ainda algumas propostas para investigações futuras.

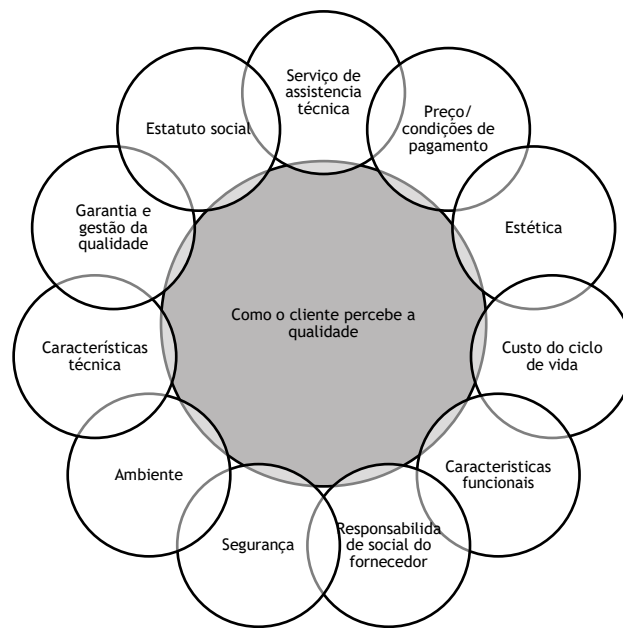
1. DA QUALIDADE EM SAÚDE À ORGANIZAÇÃO DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

É incontestável a importância da promoção da qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem, assim como a satisfação das necessidades dos clientes. Porém, o seu conceito reveste-se de um carácter subjetivo, pois depende da forma como cada pessoa a percebe a “qualidade” do serviço que lhe é prestado. Ao longo deste capítulo procuramos definir os conceitos de qualidade e segurança dos cuidados, assim como os fatores concorrentes para a sua garantia, com especial ênfase na sua importância no âmbito dos cuidados de enfermagem.

1.1 Evolução do conceito de Qualidade

Qualidade, uma palavra tantas vezes utilizada no dia a dia e, no entanto, tão difícil de definir. É inegável que, independentemente da utilização que cada um lhe dá, deseja que seja com valor favorável: comida com qualidade, música de qualidade, qualidade de construção de um carro, educação com qualidade, futebol de qualidade e cuidados de saúde com qualidade, sendo várias as aplicações que pode assumir (figura 1).

Figura 1: Qualidade percebida pelo cliente

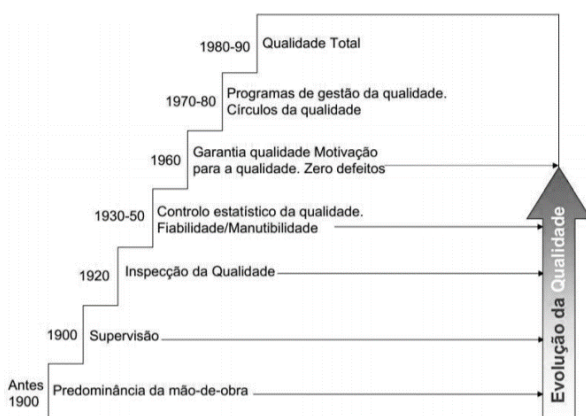


Fonte: Adaptado de Pires, 2012

De acordo com a literatura, a origem e o ênfase no conceito de qualidade parecem estar associados à revolução industrial, em especial à primeira e segunda guerra mundial, nas quais se verificaram inúmeras lacunas em termos de concepção e construção do material bélico, não cumprindo as especificações pretendidas. Este facto está na origem da primeira função relacionada com a qualidade - os inspetores. No entanto, a sua responsabilidade não ia além da garantia da conformidade dos produtos com o planeado (Moraes, 2005).

Com o passar dos anos, acompanhando o desenvolvimento tecnológico, foi-se intensificando o nível de complexidade dos processos, a par de uma crescente exigência por parte dos consumidores, forçando as organizações a formalizar a garantia da qualidade, como parte do processo de gestão das mesmas (Moraes, 2005; Nunes, 2009).

Figura 2: Evolução histórica do conceito de qualidade



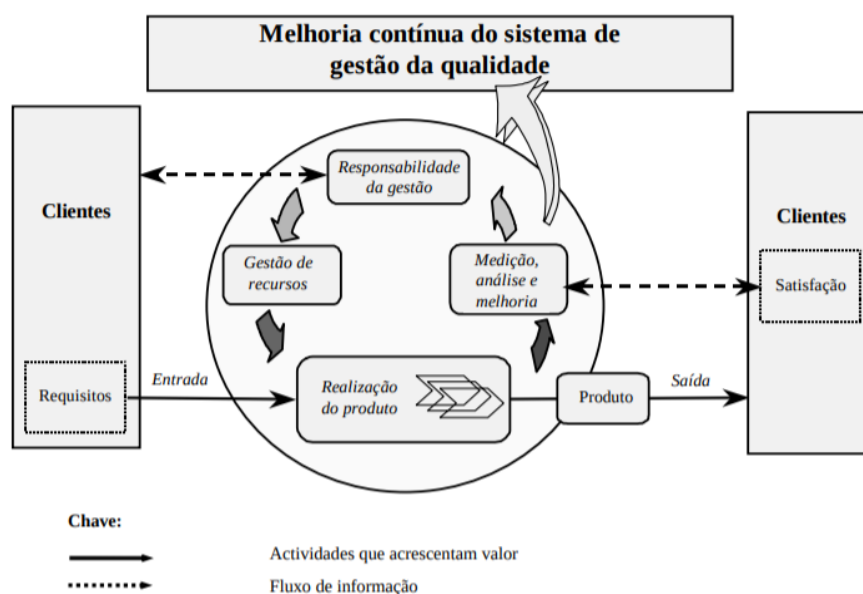
Fonte: Vilar, 2013

Há medida que assistimos ao desenvolvimento do conceito de qualidade (Figura 2), em paralelismo com as Teorias da Gestão, é possível observar que esta que evolui desde o mero controlo produto ou serviço final (Taylorismo), passando pela gestão dos processos e tarefas, e posteriormente, com ênfase cada vez maior nas pessoas, releva-se a importância dos ciclos de melhoria contínua e da satisfação dos clientes, como garantias da qualidade (Morais, 2005).

Surge então na década de 80 o conceito de gestão da qualidade total, tendo como pressuposto o envolvimento de todos os membros da organização na melhoria contínua dos processos e da qualidade dos produtos/ serviços, a identificação e procura da satisfação das necessidades dos clientes, assente numa gestão eficiente dos recursos (Pires, 2012).

Tendo por base essa linha de pensamento, a Norma ISO 9001: 2008 (2008), apresenta uma abordagem da qualidade por processos, onde é salientada a importância do consumidor, enquanto responsável pelos *inputs* que definem os requisitos dos bens/serviços a produzir. O seu nível de satisfação com o bem ou serviço fornecido, deve ainda servir como impulsionador de ciclos de melhoria para a organização (figura3).

Figura 3: Modelo de sistema de gestão da qualidade baseado em processos



Fonte: Norma portuguesa EN ISO 9001:2008 - Sistemas de Gestão da qualidade, 2008, p.8

Vários foram os autores que pela reflexão e consequente dedicação ao tema de qualidade, trouxeram um enorme contributo para a sua evolução e implementação ao nível das organizações. Consideramos importante destacar o papel desempenhado por William Deming e Joseph Juran, enquanto percussores do movimento da qualidade, sem esquecer outros autores como Philip Crosby, Armand Feigenbaum, Kaoru Ishikawa e Genishi Taguchi (PNS 2011-2016, 2010).

Edward Deming, considerado por muitos como o “pai da qualidade” a nível mundial, ficou conhecido por ter questionado o preconceito de que o aumento da qualidade acarreta um aumento de custos, assim como pelo foco nas necessidades e expectativas do consumidor como ponto de partida para a melhoria da qualidade. Deming salienta ainda a importância do envolvimento dos órgãos de gestão e da implementação de ciclos de melhoria, desenvolvendo o Modelo *Plan, Do, Check, Act* (PDCA), mais conhecido como Ciclo de Deming (Branco, 2012).

Com o nosso estudo pretendemos criar conhecimento que permita alimentar estes ciclos de melhoria contínua na procura de estratégias que promovam quer a qualidade dos cuidados de enfermagem, quer a satisfação profissional.

Na opinião de Joseph Juran, a obtenção da qualidade pode ser medida pelo nível de ajustamento do produto ou serviço ao seu uso. Fica ainda conhecido pelo desenvolvimento da Trilogia de Juran, na qual descreve os pontos em que se divide a gestão da qualidade: **Planeamento da qualidade** (com base na identificação dos consumidores e das suas necessidades), **Melhoria da qualidade** (envolvendo os colaboradores, na consecução dos projetos de melhoria) e **Controlo da qualidade** (através da avaliação do grau de concretização dos objetivos) (Vilar, 2013).

Na base do modelo de Philip Crosby encontramos os pressupostos de “zero defeitos” e “fazer bem à primeira” (Moraes, 2005), cujos princípios ganham importância na área da saúde, nomeadamente na prevenção de complicações, sendo uma das áreas em estudo com relevância para a garantia da qualidade.

Analisando os modelos desenvolvidos por cada autor, é possível verificar a convergência em vários pontos comuns num sistema de gestão da qualidade, como: a importância do envolvimento da gestão de topo, importância do envolvimento e autonomia dos colaboradores, importância do estabelecimento de objetivos mensuráveis, a aplicação de ferramentas da qualidade (estatística) para controlo e, acima de tudo, o foco no consumidor (Vilar, 2013).

No caso particular de Portugal, Branco (2012) considera a adesão do país à Comissão Económica Europeia, através do Tratado de adesão (junho de 1985), como ponto de viragem no que diz respeito ao foco das organizações para a implementação de programas de gestão da qualidade.

A abertura de fronteiras comerciais, conduziu não apenas à regulamentação externa, mais exigente nos processos de produção e controlo dos produtos, assim como ao aumento da concorrência, forçando as empresas nacionais a mudanças que lhes permitissem ser mais competitivas, através da qualificação dos seus trabalhadores (Branco, 2012).

Em 1986, é criado o Instituto Português da qualidade (IPQ), através do Decreto-Lei n.º 183/86, de 12 de julho, com o objetivo de assegurar a “ (...) procura da qualidade de

produtos e serviços para o aumento da qualidade de vida dos cidadãos, aumento da competitividade das atividades económicas num contexto de progressiva liberdade de circulação de bens" (IPQ, 2019, em linha).

Internacionalmente, é importante ainda salientar a importância da criação das normas de organização internacional (ISO). Dada a diversidade de normas de boas práticas em qualidade, houve a necessidade de as organizar, compilar e sistematizar em standards de aplicabilidade internacional. Deste modo, as normas ISO mantêm o seu carácter genérico e de aplicação universal, complementadas por normas específicas para determinadas áreas de atividade e/ou sistemas de gestão provenientes de sectores da indústria (APCER, 2013).

Quadro 1: Família de Normas ISO 9000

Norma	Campo de aplicação
NP EN ISO 9001:2008	Sistemas de Gestão da Qualidade - Requisitos.
NP EN ISO 9000: 2005	Fundamentos e Vocabulário - Descreve os princípios fundamentais dos sistemas de gestão da qualidade que são objeto das normas da família ISO 9000 e define os termos relacionados.
NP EN ISO 9004: 2011	Gestão do Sucesso sustentado de uma organização - Uma abordagem da gestão pela qualidade.
NP EN ISO 19011:2012	Linhas de orientação para auditorias internas ou externas ao Sistema de Gestão da Qualidade.
NP EN ISO 19011:2018	Diretrizes para Auditoria de Sistemas de Gestão
NP EN ISO 19011:2019	Substitui EN ISO 19011:2018, decretando as linhas de orientação para auditorias a sistemas de gestão

Fonte: Vilar, 2013, p.18; IPQ, 2019.

Estas normas, em especial da família ISO 9000 (Quadro 1), abordam vários aspetos da gestão da qualidade, determinando linhas orientadores, requisitos e ferramentas, permitindo às empresas e organizações a satisfação das necessidades dos seus clientes assim como a melhoria contínua dos processos (Vilar, 2013).

1.1.2 Qualidade em saúde

Como vimos anteriormente, independentemente do setor de atividade, a garantia da qualidade e dos seus pressupostos, deve constituir um elemento central de qualquer organização, incluindo as instituições de saúde (Nunes, 2009).

Desta forma surge o conceito de qualidade em saúde que, não podendo ser dissociado da qualidade em geral, assenta nos mesmos pilares como o foco no cliente e na satisfação das suas necessidades, a experiência do cliente como ponto de partida para a

melhoria dos processos, o envolvimento de todos os membros da organização na definição dos processos e no rigor do seu cumprimento, que tendo por base a eficiência da organização, culmina na construção de uma cultura de qualidade.

Todos estes pressupostos estão na base do conceito de qualidade em saúde proposto no Plano Nacional de Saúde - revisão e extensão a 2020 (2015, p.16), onde é definida como “ (...) a prestação de cuidados de saúde acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, que tenha em conta os recursos disponíveis e consiga a adesão e satisfação do cidadão (...) Implica, ainda, a adequação dos cuidados de saúde às necessidades e expectativas do cidadão e o melhor desempenho possível.”

Tendo a qualidade em saúde um caráter altamente subjetivo e complexo, uma vez que está amplamente associado à experiência individual do utilizador aquando do usufruto de cuidados, é difícil definir o seu conceito. (Rego, 2011; António e Teixeira, 2007). Campos e Carneiro (2010) salientam também a variabilidade e imprevisibilidade inerente aos cuidados de saúde, dada a multiplicidade de pontos de vista dos utilizadores e intervenientes, acentuando a complexidade deste setor de atividade.

Fragata (2011), destaca Avedis Donabedian como o verdadeiro impulsionador da qualidade em saúde, sendo responsável pela sua primeira definição baseada na tríade - **resultado, processo e estrutura**, à qual foi adicionada anos mais tarde a **segurança**. Para o autor, a qualidade na saúde pode ainda ser resumida numa triangulação entre a efetividade, a experiência do doente e a segurança (figura 4).

Figura 4: Componentes da qualidade na saúde



Fonte: Adaptado de Fragata, 2011

Seguindo os mesmos princípios, em 1999, o *Institute of Medicine da National Academy of Science* (Estados Unidos da América), refere que um serviço de saúde de qualidade deve ser: seguro, eficaz, centrado no doente, atempado, eficiente e equitativo (Silva, 2013).

Mezomo (2001), defende a importância do conceito de missão da organização, definindo a qualidade em saúde como a “*Adequação dos serviços (produtos) à missão da organização comprometida com o pleno atendimento das necessidades de seus clientes*”. (p. 111).

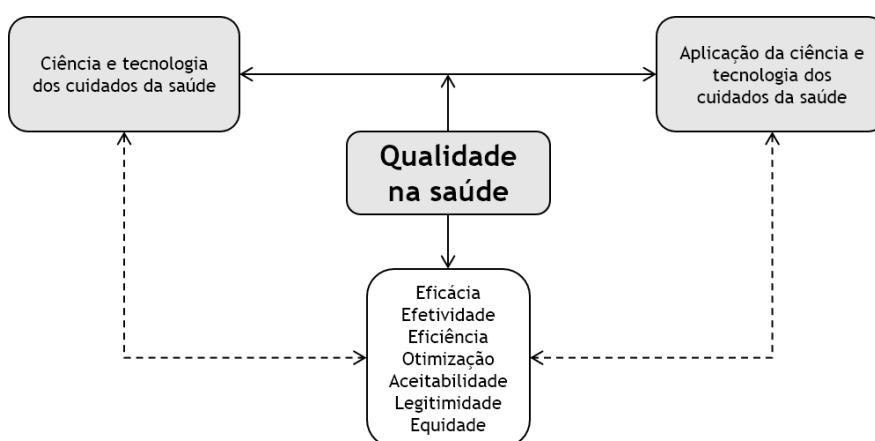
Sendo a “pessoa” o foco de atenção nos cuidados de saúde, e tendo em conta os princípios defendidos pelos vários autores, é importante referir que na saúde quase não há margem para o erro, cujas consequências podem ser catastróficas, trazendo à ribalta a ideia defendida por Philip Crosby de “zero defeitos”.

Esta ideia está ainda presente na definição de qualidade e saúde proposta pelo *National Health Service*: “ (...)fazer as coisas certas, à primeira, às pessoas certas, no tempo e local certo, com um baixo custo” (traduzido de NHS, 1993, p.23).

Com o objetivo de sistematizar o conceito de qualidade da saúde, Donabedian (2003) propõe um modelo no qual esta resulta da combinação de dois vetores: A ciência e tecnologia dos cuidados da saúde e, por outro lado, a aplicação dessa ciência e tecnologia.

Do modelo constam ainda sete componentes da qualidade: **Eficácia** (resultados obtidos), **Efetividade** (relação entre os resultados obtidos e os standards definidos pelas evidências científicas), **Eficiência** (redução de custos sem compromisso da efetividade), **Otimização** (relação entre os custos e os resultados, ou seja, a garantia do melhor compromisso entre os melhores benefícios com o menor custo), **Aceitabilidade** (adequação dos resultados à expectativa dos clientes), **Legitimidade** (respeito pelos princípios éticos, valores, normas e leis na prestação de serviços) e **Equidade** (conformidade com os princípios de justiça na distribuição de serviços pelos indivíduos de uma população) (figura 5).

Figura 5: Modelo conceptual de qualidade em saúde de Donabedian



Fonte: (Adaptado de Donabedian, 2003, p.4)

Numa sociedade em constante mutação, com um acesso facilitado à informação, o nível de exigência dos consumidores tem vindo a aumentar gradualmente, tornando-se cada vez mais difícil satisfazer as suas expectativas. Por outro lado, os constrangimentos

financeiros que têm vindo a ser impostos às instituições de saúde obrigam a uma gestão inovadora na procura de melhores soluções de acordo com os recursos disponíveis, procurando não comprometer a qualidade e segurança dos cuidados.

É imperativa a manutenção do foco na “pessoa” e na procura da excelência nos cuidados, assim como no rigor e eficiência dos processos de forma a garantir a sustentabilidade do sistema nacional de saúde.

Tendo a qualidade dos cuidados de enfermagem como tema central da nossa investigação, é fundamental perceber quais as suas dimensões e pressupostos. Com o nosso estudo, pretendemos precisamente analisar o modo como os enfermeiros percebem a qualidade dos cuidados que prestam, assim como identificar áreas deficitárias, de modo a traçar planos de melhoria contínua. Quanto melhor nos conhecermos, mais facilmente evoluiremos.

1.1.3 Segurança do doente

Tal como refere Fragata (2011), uma das componentes essenciais para a garantia da qualidade dos cuidados prende-se com a segurança do doente. Esta preocupação não é de agora, já Florence Nightingale referia que a última coisa que um doente deve esperar de um hospital é que este lhe faça mal. Este pressuposto está presente de igual modo num dos princípios da medicina “*primun non nocere*”, ou seja, em primeiro lugar não devemos prejudicar o doente (McGill, 2009).

No entanto, dada a complexidade inerente aos processos de saúde e doença, a par do constante desenvolvimento tecnológico, é impossível eliminar por completo o risco de ocorrência de **eventos adversos**, definidos por Fragata (2011, p.24) como “ (...) *ocorrências indesejáveis que causaram danos, por atos cometidos ou por uma qualquer omissão, mas sendo sempre resultado do tratamento e não da doença*”, cujas consequências podem variar na sua intensidade, desde interferência no normal curso dos procedimentos, até à morte do próprio doente (Fragata, 2011).

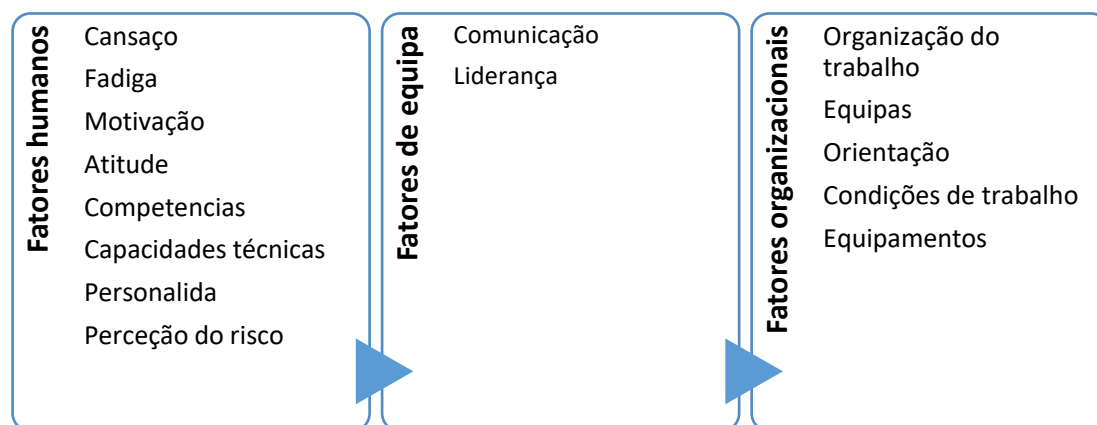
Se considerarmos que na Europa, 8 a 12% dos doentes a quem foram prestados cuidados de saúde, padeceram de eventos adversos (RAND Corporation, 2008), o impacto destes eventos é inegavelmente considerável ao nível económico, social, individual, colocando em risco a própria confiança no sistema de saúde por parte dos seus utilizadores (Sousa, 2006).

Constitui, portanto, uma obrigação moral a implementação de programas de prevenção da ocorrência de acidentes, tendo em conta que os custos associados ao seu

tratamento são superiores aos custos associados à sua prevenção (Cánovas *et al.*, 2009; Fragata 2011).

Fragata (2011) defende que um evento adverso tem habitualmente origem na conjugação de vários fatores, agrupando-os da seguinte forma (figura 6):

Figura 6: Fatores concorrentes para a ocorrência de acidentes



Fonte: Adaptado de Fragata, 2011.

O autor refere também que os fatores humanos e de equipa em conjunto são responsáveis por cerca de 60% dos eventos adversos, sendo os fatores organizacionais responsáveis por 30% desses eventos. Os restantes 10% dever-se-ão a fatores ao acaso. (Fragata, 2011)

De acordo com o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 (2015, p.3882-2) “O ciclo de melhoria contínua da qualidade aplicado à segurança dos doentes deve identificar os riscos, avaliá-los e hierarquizá-los, identificando as ações de melhoria a desencadear.” Com o intuito de melhorar a prestação segura de cuidados de saúde a todos os níveis de cuidados, o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 (2015) definiu como objetivos estratégicos, a promoção da cultura de segurança do ambiente interno, da segurança da comunicação, da segurança cirúrgica, da segurança na utilização da medicação e da identificação inequívoca dos doentes, assim como a prevenção da ocorrência de quedas e úlceras de pressão, a prática sistemática de notificação, análise e prevenção de incidentes e a prevenção e controlo das infeções e resistências aos antimicrobianos.

Ainda no campo das intervenções para a prevenção da ocorrência de eventos adversos, Fragata (2011) destaca a importância da liderança, do treino das equipas, da definição e sistematização de processos e, acima de tudo, da criação de uma cultura de segurança, assente na partilha de valores, na antecipação da ocorrência de eventos adversos e declaração dos mesmos, no carácter falível das pessoas e organizações, assim como na análise não punitiva dos erros ocorridos, como impulsionadores da mudança.

O conceito de cultura de segurança, enquanto estratégia fundamental para segurança do doente, constitui um elemento chave no estudo de Weaver *et al.* (2013), do qual decorrem algumas estratégias, de eficácia comprovada cientificamente, como o treino e formação de equipas com ênfase nos processos de comunicação, espírito de equipa e liderança, uma maior proximidade entre a gestão de topo e os colaboradores permitindo um melhor conhecimento dos contextos, dos riscos e ameaças, apoiando as equipas e envolvendo-as no planeamento das estratégias para a colmatação das dificuldades identificadas, assim como a tradução, divulgação e implementação de Guidelines e algoritmos baseados na evidência, com aplicabilidade nos contextos de trabalho.

Nesta linha de pensamento, é importante reforçar que não existe erro “zero”. Cabe a cada organização delinear estratégias que identifiquem as ameaças à segurança do doente e, envolvendo todos os membros da organização, planear, implementar e medir o impacto de intervenções que visem mitigar a ocorrência de eventos adversos. A notificação do erro deve ser promovida e não punida, pois só desta forma é possível identificar e corrigir as fragilidades do sistema, contribuindo para a melhoria dos cuidados e a segurança dos clientes.

Desta forma é possível perceber a necessidade de garantir a segurança dos clientes, enquanto componente fundamental para a qualidade dos cuidados, bem patente nas áreas da prevenção de complicações e satisfação do cliente em estudo na nossa investigação.

1.1.4 A Qualidade na assistência de Enfermagem

A preocupação com a qualidade dos cuidados e a sua melhoria contínua, não é algo recente na disciplina de enfermagem (Machado, 2013). No século XIX, já Florence Nightingale demonstrava a necessidade de colher dados que permitissem perceber a qualidade dos cuidados (Ribeiro, *et. al*, 2017), existindo desde sempre a preocupação com o rigor nos procedimentos, com vista em maximizar o resultado e a qualidade das intervenções de enfermagem (Caldana *et al.* 2011).

Após termos definido o conceito de qualidade e os seus pressupostos, facilmente se percebe que estão intimamente ligados ao âmbito da prática de enfermagem, enquanto profissão responsável pela prestação de cuidados que apoia os clientes, família e comunidades na manutenção, recuperação ou melhoria da sua saúde (Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro, 1996).

Barbosa e Mello (2008), realçam esta ligação ao afirmar que a principal razão dos cuidados de enfermagem se prende com a eficiência na satisfação das necessidades do

cliente e da família, de acordo com as suas especificidades, assegurando a qualidade dos cuidados. Na mesma linha de pensamento, Tafreshi e seus colaboradores (2007), salientam a segurança, a otimização dos cuidados de enfermagem baseados em padrões e a satisfação dos doentes, como promotores da obtenção da qualidade nos cuidados.

Em relação à qualidade dos cuidados de enfermagem, D’Innocenzo e seus colaboradores (2006), apontam ainda alguns fatores que a podem condicionar como a competência dos enfermeiros, a falta de formação, os recursos disponíveis, a legislação em vigor, a estrutura da organização e as políticas em vigor nos contextos de trabalho.

Tendo a pessoa e as populações como foco da atenção em enfermagem, atender à sua segurança, bem-estar e dignidade, proporcionando cuidados de qualidade baseados em evidências científicas, constitui uma obrigação deontológica para a OE (OE, Artigo 97º, 2015, p.73).

Segundo a OE (2015), os enfermeiros constituem o maior grupo profissional na área da saúde e também uma das suas principais despesas, sendo os primeiros a ser reduzidos em tempos de austeridade, comprometendo a segurança e qualidade dos cuidados, assim como a própria satisfação profissional.

Ainda assim, é importante perceber que “ (...) *nem a qualidade em saúde se obtém apenas com o exercício profissional dos enfermeiros, nem o exercício profissional dos enfermeiros pode ser negligenciado, ou deixado invisível, nos esforços para obter qualidade em saúde.*” (Ordem dos enfermeiros, 2012, p.6). Corroborando com este facto, Aiken e os seus colaboradores (2012) observaram um impacto positivo na qualidade e satisfação dos doentes em hospitais com melhores rácios de enfermagem e ambiente de trabalho. Os mesmos autores referem ainda que os hospitais com melhores dotações de enfermagem apresentam taxas de mortalidade inferiores. (Aiken et. al, 2014)

Sendo a Ordem dos Enfermeiros responsável pela “(...) *defesa dos interesses gerais dos destinatários dos serviços de enfermagem e a representação e defesa dos interesses da profissão*” (OE, 2015, p.13), com o objetivo de assegurar a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional, definiu em 2001 com base nas melhores evidências disponíveis (Fradique e Mendes, 2013), os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (PQCE). Esta medida viria a dar resposta a uma das principais estratégias do PNS 2011-2016 (2015), o “ (...) *estabelecimento de padrões de qualidade*” (p.18).

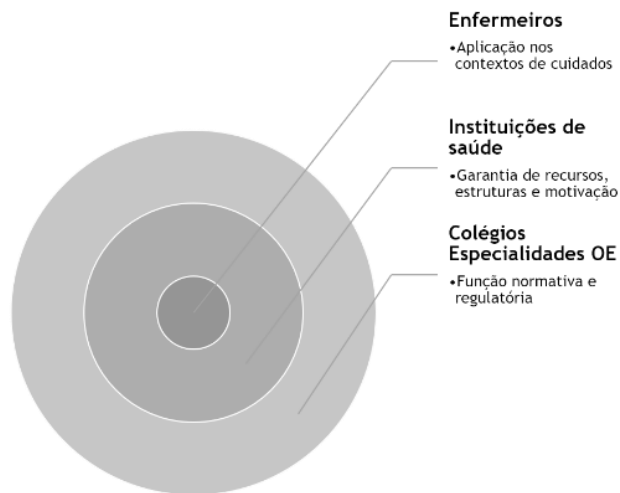
Segundo Martins et. al (2016), os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem da OE representam “ (...) *o desempenho global desejado para o serviço de enfermagem, podendo ser tangíveis ou intangíveis, vagos ou específicos, mas sempre relacionados com o resultado que se deseja alcançar*” (p.921), possibilitando a sua avaliação.

Para a OE (2012), os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, além de constituírem um quadro de referência para o exercício profissional dos enfermeiros, devem

ser vistos, do ponto de vista dos clientes, como uma garantia da qualidade dos cuidados que recebem.

No documento elaborado em dezembro de 2001, para além dos seis enunciados descritivos que passaremos a analisar mais à frente, é possível perceber o modo como estes enunciados devem ser operacionalizados, determinando as responsabilidades aos vários níveis da gestão e da prática (figura 7).

Figura 7: Responsabilidades Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem



Fonte: Adaptado de Ordem dos Enfermeiros, 2015

Cabe aos Colégios de Especialidades da OE a função normativa e de regulação, através da definição dos padrões, assim como o acompanhamento da sua aplicação na prática dos enfermeiros (OE, 2012). Contudo, a aplicação no exercício profissional irá sempre depender da capacidade das instituições de saúde de se dotarem dos recursos e estruturas facilitadoras dessa implementação, assim como da capacidade de sensibilizar e motivar os seus profissionais para estes projetos, proporcionando “ (...) *um ambiente favorável à sua implementação e consolidação.*” (OE, 2012, p7).

Por seu lado, cabe a cada enfermeiro, independentemente do contexto de trabalho, a responsabilidade de propor, implementar e avaliar o impacto dos projetos realizados no âmbito dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, incorporando as boas práticas na sua rotina diária.

A definição dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem decorre de um quadro concetual, no qual a OE definiu os conceitos de saúde, pessoa, ambiente e de cuidados de enfermagem.

Para a OE (2012) a “saúde” dever ser definida como um estado mental, variável e subjetivo, através do qual o individuo expressa o controlo do sofrimento, o bem-estar físico e o conforto emocional, de espírito e cultural. Na mesma linha de pensamento, para a

Organização Mundial da Saúde, a saúde corresponde a um estado de bem-estar físico mental e social e não apenas a ausência de doença (WHO, 2019).

A “**Pessoa**” é descrita como um ser individual e social, dotado de crenças, valores e desejos, nos quais suporta os seus comportamentos, que influencia e é influenciado pelo ambiente onde se insere, procurando o ponto de equilíbrio que lhe permita integrar as transições que vão ocorrendo ao longo da sua vida, procurando o bem estar físico, emocional e social, ou seja, a saúde (OE, 2012).

O “**ambiente**” compreende todos os fatores que rodeiam a pessoa e que podem influenciar a sua saúde, sejam eles de ordem física, organizacional, política, humana ou económica, constituindo um foco de atenção para os enfermeiros (OE, 2012).

Relativamente aos “**cuidados de enfermagem**”, podemos afirmar que são a base da relação entre um enfermeiro e uma pessoa, uma família ou uma comunidade. Através da sua formação e experiência, o enfermeiro deverá ser capaz de estabelecer uma parceria com o cliente, isenta de juízos de valor, que lhe permita o suporte no seu projeto de saúde, e, ao longo da sua vida “(...) *prevenir a doença e promover os processos de readaptação* (...)” com o objetivo de procurar “ (...) *a satisfação das necessidades humanas fundamentais e a máxima independência na realização das atividades da vida*” (OE, 2012, p.11).

De acordo com o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (1996), os cuidados de enfermagem podem ser classificados como autónomos e interdependentes. Autónomos, quando as ações são “ (...) *realizadas pelos enfermeiros, sob sua única e exclusiva iniciativa e responsabilidade, de acordo com as respetivas qualificações profissionais, seja na prestação de cuidados, na gestão, no ensino, na formação ou na assessoria*” (DR nº205, 1996, p.2961), sendo o enfermeiro responsável pela sua prescrição e implementação.

Ações interdependentes, são todas aquelas que, sendo iniciadas por enfermeiros, decorrem de uma indicação de outro grupo profissional, como é o exemplo de uma prescrição médica (OE, 2012). Neste caso o enfermeiro assume apenas a responsabilidade da sua implementação. Contudo, independentemente do tipo de ação a realizar, cabe ao enfermeiro procurar formas de garantir a satisfação das necessidades dos clientes, tendo como referência princípios da deontologia profissional como o respeito pelos valores, costumes, religiões e pelo carácter único de cada pessoa (OE, 2012).

Com o objetivo de “*explicitar a natureza e englobar os diferentes aspetos do mandato social da profissão de enfermagem*” (OE, 2012, p.13), dotando os enfermeiros de uma ferramenta que os ajude a perceber e divulgar o seu papel perante os clientes, os demais profissionais de saúde e a comunidade, a OE apresentou seis categorias de enunciados descritivos com impacto na qualidade do exercício profissional (Figura 8):

satisfação do cliente, promoção da saúde, prevenção de complicações, bem estar e autocuidado, readaptação funcional e organização dos serviços de enfermagem (OE, 2012).

Segundo Potra (2015), estes enunciados revestem-se de uma extrema importância uma vez que permitem orientar o exercício profissional dos enfermeiros, através da reflexão em torno das suas atividades, apoiando o processo de tomada de decisão, dando visibilidade ao carácter autónomo da profissão.

Figura 8: Enunciados descritivos dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem

Satisfação do cliente	•Objetivo: Garantir elevados níveis de satisfação dos clientes.
Promoção da saúde	•Objetivo: Ajudar o cliente a maximizar o seu potencial de saúde.
Prevenção de complicações	•Objetivo: Prevenir complicações para a saúde dos clientes.
Bem-estar e autocuidado	•Objetivo: Maximizar o bem-estar dos clientes e complementar as atividades de vida relativamente às quais o cliente é dependente.
Readaptação funcional	•Objetivo: Desenvolver processos eficazes de adaptação aos problemas de saúde.
Organização dos cuidados de saúde	•Objetivo: Contribuir para a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem.

Fonte: Adaptado de Ordem dos enfermeiros, 2012. P13-18

Uma vez definidos os parâmetros que representam o desempenho esperado no exercício profissional dos enfermeiros, estão reunidas as condições necessárias para “medir” a qualidade dos cuidados que estes prestam (Martins *et al.*, 2016).

Neste contexto, atendendo a que os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem foram desenvolvidos para serem aplicados na realidade portuguesa, Martins e suas colaboradoras iniciaram em 2013 o processo de desenvolvimento de uma ferramenta baseada nos PQCE, que permitisse avaliar a qualidade dos cuidados de enfermagem - a **Escala de Percepção das Atividades de Enfermagem que Contribuem para a Qualidade dos Cuidados (EPAECQC)** (Martins *et al.*, 2016).

Este instrumento - EPAECQC, foi submetido a um processo exaustivo de avaliação por um painel de peritos, no que concerne à clareza, compreensão e pertinência das afirmações, e posteriormente colocado em teste. Decorrente desse teste, foram efetuadas algumas alterações à escala original, obtendo no final do estudo um nível excelente de consistência interna (Alfa de Cronbach de 0,940) (Martins *et al.*, 2016). Esta escala, viria a

ser aplicada não apenas a nível nacional, nomeadamente no estudo de Ribeiro e suas colaboradoras (2017), mas também a nível internacional (Turquia).

Ao longo deste capítulo fomos abordando o conceito de qualidade, das suas componentes e o impacto nos clientes e profissionais. Percebemos a necessidade de colocar o cliente/família no centro dos cuidados, procurando satisfazer as suas necessidades em saúde, através de uma gestão eficiente dos recursos, sem comprometer a segurança de todos os intervenientes do processo.

Tendo em conta esta necessidade de garantir a eficiência na gestão de recursos, faremos de seguida uma reflexão em torno da gestão de recursos humanos e do impacto que esta tem nos profissionais.

1.2 Gestão de pessoas - Evolução do conceito e sua relevância

Tal como podemos perceber anteriormente, é fundamental procurar mecanismos que promovam a satisfação dos clientes e dos profissionais, de forma a garantir a qualidade dos cuidados prestados. É neste contexto que consideramos importante efetuar uma reflexão em torno dos aspetos organizacionais, nomeadamente da gestão de pessoas e do impacto que algumas medidas têm na satisfação dos profissionais, sem nos abstrairmos, contudo, do rigoroso contexto socioeconómico atual.

Tal como referem Frederico e Leitão (1999, p.3), “*o aumento dos gastos com a saúde, associado aos progressos tecnológicos, ao alargamento cada vez mais intenso das áreas de intervenção e à própria progressão demográfica*” interferem diretamente na orientação dos processos de gestão das empresas, impondo uma racionalização dos recursos e contenção de gastos, sem compromisso da qualidade, da equidade e da acessibilidade aos cuidados.

O Plano Nacional de Saúde 2012-2016, salienta a importância da otimização do desempenho e a quantidade de recursos humanos disponíveis para assegurar a equidade e o acesso aos cuidados de saúde, assim como a qualidade em saúde. É precisamente na gestão de pessoas que iremos centrar a nossa atenção do longo deste capítulo.

Porém, é pertinente afirmar que o sucesso na garantia da eficiência organizacional passa, também, por uma adequada gestão recursos materiais, definidos por Chiavenato (1994, p.65) como “*recursos necessários para as operações básicas da empresa, seja prestar serviços especializados, seja produzir bens ou produtos.*”, englobando o espaço físico, os recursos tecnológicos, assim como os materiais necessários para a produção desses bens e/ou serviços.

Segundo Frederico e Leitão (1999, p.105), os recursos humanos “*são as pessoas que integram, permanecem e participam na vida da empresa, qualquer que seja o seu nível hierárquico ou a tarefa.*”, atribuindo-lhes igual ou maior importância em relação aos outros recursos. De acordo com Mathis e Jackson (2003), as pessoas constituem ainda a principal fonte de competências essenciais, que permitem às organizações das quais fazem parte, a conquista ou manutenção de vantagem competitiva perante o mercado.

Chiavenato (2004), defende que o sucesso e diferenciação de uma organização num mundo globalizado, em constante concorrência e evolução está intimamente ligado ao investimento direto nas suas pessoas e não diretamente nos clientes, constituindo o “*elemento básico do sucesso empresarial*” (Chiavenato, 2004, p.4).

Ao longo da história foi possível assistir a uma evolução do papel das pessoas dentro das organizações. Chiavenato (1999), salienta a existência de três eras distintas, no que diz respeito à transformação observada no modo como se administram as pessoas, alavancada pela revolução industrial e pelas transformações que esta impôs no decorrer do século XX: Era da Industrialização Clássica; Era da Industrialização Neoclássica; Era da informação (Quadro 2).

Quadro 2: Etapas das organizações ao longo do século XX

	Industrialização Clássica	Industrialização Neoclássica.	Informação
Períodos	1900- 1950	1950-1990	Após 1990
Estrutura Organizacional predominante	Burocrática, funcional, centralizadora, rígida e inflexível. Ênfase nos órgãos da organização.	Mista, matricial, com ênfase na departamentalização por produtos ou serviços ou unidades estratégicas de negócios	Fluída, ágil e flexível, totalmente descentralizada. Ênfase nas redes de equipas multifuncionais
Cultura Organizacional predominante	Foco no passado, nas tradições e nos valores conservadores. Ênfase na manutenção do <i>status quo</i> . Valor à tradição e experiência.	Foco no presente e no atual. Ênfase na adaptação ao ambiente. Valorização da renovação e da revitalização.	Foco no futuro e no destino. Ênfase na mudança e na inovação. Valor ao conhecimento e criatividade
Ambiente organizacional	Estático, previsível, poucas e graduativas mudanças. Poucos desafios ambientais.	Intensificação e aceleração das mudanças ambientais.	Mutável e imprevisível, turbulento, com grandes e intensas mudanças.
Modo de lidar com as pessoas	Pessoas como fatores de produtos inertes e estáticos, Ênfase nas regras e controlo rígido, para regular as pessoas.	Pessoas como recursos organizacionais que devem ser administrados. Ênfase nos objetivos organizacionais para dirigir as pessoas	Pessoas como seres humanos proativos e inteligentes que devem ser impulsionados. Ênfase na liberdade e no comprometimento para motivar as pessoas.
Administração de pessoas	Relações industriais	Administração de recursos humanos	Gestão de pessoas

Fonte: Chiavenato, 2004, p.40.

Pela análise do quadro 2, podemos assistir a uma evolução do papel do trabalhador dentro de uma organização, deixando de ser visto como um mero “recurso”, passando a ser

valorizado enquanto pessoa, com potencial, com talento, com capacidades, habilidades e inteligência. Ao apropriar-se dos objetivos da organização, ao trabalhar em rede com os seus pares, na procura de melhores processos, decisões e soluções que visem o sucesso da organização, age como um **parceiro** (Chiavenato, 2004; Frederico e Leitão, 1999). Para o mesmo autor, tratar pessoas como simples recursos, passar a ser entendido como um desperdício (Chiavenato, 1999).

Na perspetiva de Cunha e seus colaboradores (2010), é fundamental ter em conta o impacto da revolução industrial na relação entre as empresas e os trabalhadores pois, ao provocar um aumento da procura, conduziu à transformação de empresas familiares artesanais em grandes unidades fabris, e a um consequente acumular de profissionais, trazendo novos desafios e problemas para a gestão.

Chiavenato (2004), a propósito da gestão moderna de pessoas, refere que esta deve assentar em três aspetos fundamentais: **Pessoas como seres humanos** (distintos entre si no que concerne ao seu passado, competências, habilidades, conhecimentos e personalidade); **Pessoas como ativadores inteligentes de recursos organizacionais** (capazes de utilizar os seus próprios recursos em prol do sucesso e competitividade da organização, dinamizando-a), **Pessoas como parceiros da organização** (investindo os seus recursos na organização com o objetivo de obter um retorno desse investimento, acentuando o carácter recíproco na relação entre as pessoas e a organização).

Assistimos deste modo a uma progressiva preferência pelo termo “capital humano”, em detrimento do “recurso humano” (Cunha *et al.*, 2010), até porque *“as pessoas podem aumentar ou reduzir as forças e fraquezas de uma organização dependendo da maneira como elas são tratadas. Elas podem ser a fonte de sucesso como podem ser a fonte de problemas”* (Chiavenato, 2004, p.10)

Convictos do potencial individual de cada pessoa, é imperativo traçar uma estratégia que vise maximizar esse mesmo potencial. É neste âmbito que encontramos o conceito de Administração de Recursos Humanos (ARH) ou, mais atualmente, de Gestão de Pessoas.

Elencando a necessidade de alinhamento entre os objetivos individuais e da organização, Chiavenato (2004, p.10), refere-se à gestão de pessoas *como “a função que permite a colaboração eficaz das pessoas, empregados, funcionários, recursos humanos, talentos, ou qualquer denominação utilizada, para alcançar os objetivos organizacionais e individuais.”*

Schermerhorn e seus colaboradores, entendem o planeamento estratégico de recursos humanos como *“ (...) um processo de fornecer pessoas capazes e motivadas para realizar a missão e estratégia da organização”* (Schermerhorn, *et al.* 1999, p.102).

Em qualquer uma das definições é perceptível a importância da otimização das pessoas, procurando a eficiência e a eficácia organizacional. Nessa linha de pensamento,

Chiavenato (2004) refere que a administração de recursos humanos deve ajudar a organização a alcançar os seus objetivos e missão, proporcionando-lhe competitividade, através da gestão de talento e habilidades dos trabalhadores. Deve ainda proporcionar pessoas bem treinadas e motivadas, capacitando-as e recompensando-as de acordo com a meritocracia, aumentando a sua auto atualização e satisfação no trabalho, promovendo o ajustamento das funções à capacidade individual e o tratamento equitativo (o autor considera a satisfação profissional e a felicidade como determinantes do sucesso da organização). Para o autor a administração e recursos humanos deve ainda desenvolver e manter a qualidade de vida no trabalho, fundamental para a captação e retenção de talento, impulsionando a mudança, catalisadora da evolução e sucesso. Por fim tem a função de assegurar políticas éticas e um comportamento socialmente responsável, assegurando os direitos fundamentais das pessoas, impedindo atos de discriminação.

Segundo Frederico e Leitão (1999), de modo a atingir a eficácia na gestão de pessoas, um gestor deve desenvolver e aplicar três “habilidades administrativas”: **Habilidade técnica**, mais operacional, dotando-se de conhecimento e práticas que permitam conhecer e desempenhar uma determinada tarefa; **Habilidade humana**, capacitando-o para a compreensão e motivação do indivíduo e da equipa; **Habilidade conceptual**, mais abrangente, proporcionando a capacidade de coordenação e integração dos interesses e atividades de toda a organização.

Em suma, o sucesso das organizações, a capacidade de alcançar as suas metas e o nível de eficiência com que as atinge, parece estar intimamente ligado ao modo como gere as pessoas que dela fazem parte. Para tal, é necessário um alinhamento entre os objetivos individuais e da organização, com definição clara, ajustada e equitativa de papéis, que promovam o desenvolvimento das capacidades individuais, o talento e, principalmente, a satisfação com a função desempenhada e a felicidade no local de trabalho de modo a reter bons profissionais.

1.3 Organização de pessoas em Enfermagem em Portugal

O atual contexto político e socioeconómico de Portugal tem imposto desafios à gestão nas várias áreas de produção de bens ou serviços. Em especial na área da saúde, temos assistido a sistemáticos cortes no orçamento das organizações com impacto direto, quer nas suas pessoas (nas dotações, satisfação profissional, continuidade de cuidados e desenvolvimento profissional), quer nos cuidados prestados à população em geral, podendo comprometer o acesso aos cuidados e a sua qualidade.

De acordo com o PNS 2012-2016, verificou-se uma redução do número de enfermeiros no Sistema Nacional de Saúde, a par de um aumento do desemprego e a emigração nesta classe profissional, num “ (...) *contexto de aparente falta de enfermeiros quando Portugal é comparado a países como o Canadá, o Reino Unido, a França ou os países nórdicos.*” (Dados da OCDE 2013) (PNS 2012-2016, 2014, p.10).

Todas estas condicionantes, associadas ao facto dos enfermeiros constituírem o maior grupo profissional na saúde, constituem um desafio constante aos enfermeiros gestores em termos de racionalização de recursos humanos, escassos, com baixo nível motivacional.

Desta forma, de modo a mitigar estas dificuldades, Carneiro (2009), destaca a importância da divisão do trabalho e distribuição das tarefas de enfermagem, assim como a clara definição de papéis e das relações entre os elementos de uma equipa, como fatores preponderantes para assegurar a qualidade dos cuidados.

Segundo Hesbeen (2001), em qualquer um dos níveis de gestão é fundamental a promoção das condições que potenciem o desenvolvimento das competências dos profissionais, a melhoria do exercício profissional e que garantam a qualidade dos cuidados.

O papel dos enfermeiros gestores, enquanto promotores da qualidade dos cuidados, é também defendida por O'Donnel e seus colaboradores (2012), salientando ainda o impacto destes na motivação e satisfação dos enfermeiros.

De facto, ao lidar com uma enorme variedade e quantidade de profissionais, controlando e gerindo procedimentos tão diversos, com efeito a curto, médio e longo prazo nos clientes e nas organizações, é fácil perceber o relevo estratégico da posição ocupada pelos enfermeiros gestores (Lee e Cummings, 2008).

A enfermagem, enquanto profissão tem sofrido profundas alterações desde a sua origem, no período do Cristianismo, com o trabalho desenvolvido pelas “irmãs das lâmpadas”, cujo símbolo ainda hoje surge associado à profissão de enfermagem (Ogisso, 2005), até aos dias de hoje.

No caso particular de Portugal, a Ordem dos Enfermeiros (2008) refere a existência de enfermeiros por volta do ano de 1121, ou seja, prévia à formação do próprio país em 1141. No entanto, o primeiro manual de enfermagem português, **a Postilla Religiosa e Arte de Enfermeiros**, apenas data de 1741, cujo autor Frei Diogo de Santiago, pertencente à congregação de São João de Deus, descreve a ligação entre a profissão e as confissões religiosas.

Porem, é apenas em 1860, com Florence Nightingale, que a enfermagem surge enquanto profissão, revestida de um cariz científico, através da definição de padrões de

cuidados de enfermagem, responsável por “*tomar conta da saúde pessoal dos indivíduos*”, otimizando o seu estado para que a natureza possa “*agir sobre eles*” (Meleis, 2007, p.478).

Curiosamente, Florence Nightingale é apontada como a primeira “enfermeira gestora”, demonstrando preocupação com a alocação e planeamento de recursos humanos, ainda que de forma intuitiva, com base na distribuição de tarefas e a gravidade dos problemas dos seus doentes (Magalhães et. al, 2009).

Em Portugal, parece-nos pertinente assinalar um marco histórico para a enfermagem enquanto profissão - a aprovação do REPE - Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de setembro), definindo a enfermagem como:

“ (...) a profissão que, na área da saúde, tem como objetivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível” (DL nº161/96, 1996,p.2960)

Dada a necessidade de definir o papel dos enfermeiros gestores nas organizações, consideramos importante perceber a evolução histórica da carreira de enfermagem, no que concerne à competência de gestão, desde o Decreto-lei 48166 de 27 de dezembro, onde é definida a estrutura das carreiras de Enfermagem Hospitalar, de Saúde Pública e a do Ensino. Neste documento estão definidas as categorias de chefia (gestão) e o modo de acesso a cada uma, sendo, no entanto, omissa em relação às suas atribuições.

Em 1981, com a aprovação do Decreto de Lei nº305/81 de 12 de novembro, é descrito o conteúdo funcional de cinco categorias da carreira de enfermagem: enfermeiro; enfermeiro graduado e enfermeiro-monitor; enfermeiro especialista, enfermeiro-chefe e enfermeiro assistente; enfermeiro-supervisor e enfermeiro-professor; técnico de enfermagem. De acordo com o mesmo diploma cabe ao enfermeiro especialista com funções de chefia (DL nº351/81, 1981) gerir a unidade onde se prestam cuidados de enfermagem, orientando, supervisionando e avaliando os enfermeiros e demais profissionais que dele dependam hierarquicamente. Deve ainda prestar cuidados de enfermagem, se necessário, avaliando as necessidades dos clientes, assim como o nível dos cuidados prestados. É responsável também pela realização e participação em estudos no âmbito da gestão, quer dos cuidados de enfermagem, quer dos serviços. Por fim, deve participar na formação básica e pós-graduada de enfermeiros e, se necessário, de outros técnicos de saúde, sendo ainda responsável pela gestão da formação em serviço.

Passados 10 anos desde a aprovação da carreira, assistimos em 1992 a uma nova alteração, de acordo com o Decreto Lei nº 437/91, passando a existir apenas quatro níveis e seis categorias: Nível 1: enfermeiro e enfermeiro graduado; Nível 2: enfermeiro

especialista e enfermeiro-chefe; Nível 3: enfermeiro-supervisor e assessor técnico regional de enfermagem; Nível 4: assessor técnico de enfermagem.

As categorias podem ser agrupadas, tendo em conta três áreas atuação: **prestação de cuidados** (enfermeiro, enfermeiro graduado e enfermeiro especialista), **gestão** (enfermeiro chefe, enfermeiro supervisor e enfermeiro diretor) e **assessoria técnica** (assessor técnico de enfermagem).

No mesmo documento são novamente apresentadas as funções esperadas para cada uma das categorias, mas de um modo ainda mais específico e operacionalizável, pelo menos no que diz respeito à área da gestão, privilegiando áreas como a investigação e formação académica. O presente diploma descreve ainda o modo de ingresso em cada uma das categorias, de onde sublinhamos a necessidade de formação específica na área gestão ou administração de serviços de enfermagem, como pré-requisito para o acesso à categoria de enfermeiro chefe.

Tendo por base o diploma anterior, em 1998 é efetuada uma nova revisão, cuja principal alteração passa pela passagem de quatro para três níveis e respetivas categorias, excluindo a categoria de enfermeiro diretor. Este passa a ser nomeado por despacho ministerial, em comissão de serviço, sendo escolhido entre os enfermeiros supervisores ou assessores técnicos de enfermagem. (Decreto Lei nº412/98, 1998).

Em 2009, mediante os Decretos de Lei nº 247/2009 e 248/2009, a carreira de enfermagem passa a ter apenas duas categorias: Enfermeiro e Enfermeiro principal, sendo o acesso à gestão restrito à segunda categoria, mediante os seguintes pressupostos: Competências demonstradas no exercício de funções de coordenação e gestão de equipas, mínimo de 10 anos de experiência efetiva no exercício da profissão e formação em gestão e administração de serviços de saúde.

Atualmente, encontra-se em negociação e discussão pública, uma nova proposta de alteração da carreira. Da proposta prevê-se a reintrodução da categoria de enfermeiro especialista e enfermeiro gestor, que integra “ (...) *as funções de planeamento, organização, direção e avaliação dos cuidados de enfermagem, utilizando um modelo facilitador do desenvolvimento organizacional e promotor da qualidade e segurança*” (Boletim do trabalho e emprego, 2019, p.4), especificando as suas funções no artigo 10º. À data de redação deste relatório não foi publicado nenhum documento definitivo em Diário da República.

No que diz respeito à definição das funções de um enfermeiro gestor, consideramos importante reconhecer o trabalho desenvolvido pela APGEL - Associação Portuguesa de Enfermeiros Gestores e Liderança, criada a oito de maio de 2009. A associação, com pretensões de se constituir “*como centro de reflexão e intervenção na área da gestão dos serviços de enfermagem, de forma a maximizar a qualidade da prestação dos cuidados de enfermagem aos indivíduos, famílias e comunidades*” (APGEL, 2019, [em linha]), apresentou

em 2010 à Ordem dos Enfermeiros uma proposta de competências específicas para todos os enfermeiros que assumem funções de gestão.

Surge deste modo um referencial constituído por quatro eixos/áreas de atuação e dez competências (Quadro 3).

Quadro 3: Competências do Enfermeiro Gestor

Enfermeiro Gestor	Eixos	Competências
	Eixo 1 - Prática profissional, ética e legal	1. Garante o respeito pelos valores, regras deontológicas e prática legal; 2. Garante as melhores práticas profissionais;
	Eixo 2 - Gestão de cuidados e serviços	3. Prevê e gere pessoas; 4. Otimiza e promove o desenvolvimento de competências; 5. Prevê e assegura os meios necessários à prestação de cuidados; 6. Prevê e gere riscos;
	Eixo 3 - Intervenção política e assessoria	7. Participa na definição e implementação de políticas; 8. Colabora no planeamento estratégico;
	Eixo 4 - Desenvolvimento Profissional	9. Promove a enfermagem baseada na evidência; 10. Promove a formação e desenvolvimento da prática de enfermagem.

Esta proposta poderá ter estado na base do Regulamento n.º 101/2015 de 10 de março de 2015, que apresenta de forma minuciosa e exaustiva, o perfil de competências de um enfermeiro gestor, definindo-o como:

“ (...) enfermeiro que detêm um conhecimento efetivo, no domínio da disciplina de enfermagem, da profissão de enfermeiro e do domínio específico da gestão em enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, garante o cumprimento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem no que concerne ao enunciado descritivo «A Organização dos Cuidados de Enfermagem», sendo o motor do desenvolvimento profissional (técnico-científico e relacional) da sua equipa, da construção de ambientes favoráveis à prática clínica e da qualidade do serviço prestado ao cidadão, é o gestor de pessoas, da segurança dos cuidados, da adequação dos recursos, da formação, do risco clínico, da mudança, das relações profissionais, dos conflitos, entre outros.” (DR, 2ª série, nº48, 10 março de 2015, p.5949)

Com esta definição do conceito de enfermeiro gestor facilmente se percebe as competências previstas para a sua intervenção no **domínio da gestão** como: garantia de uma prática profissional e ética na equipa que lidera; Garantia da implementação de processos de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem; Gestão do serviço/unidade e a equipa, otimizando as respostas às necessidades dos clientes; Garantia do desenvolvimento de competências dos profissionais da equipa que lidera; Garantia de uma prática baseada na evidência; assim como no **domínio da acessória**, através de um papel proativo na definição de políticas de saúde.

O mesmo diploma define para cada competência, um critério de avaliação, descrevendo exaustivamente todas as tarefas a cargo do enfermeiro gestor no decorrer do seu exercício profissional (Anexo 1).

Além de reunir toda a informação necessária para o suporte ao exercício da gestão em enfermagem, salienta ainda a importância da formação específica que permita ao enfermeiro adquirir e reforçar a competência adquirida da gestão.

Rego (2015) reforça o papel preponderante do enfermeiro gestor, enquanto vetor da mudança, da aquisição e aperfeiçoamento de competências e conhecimentos por parte dos elementos da sua equipa, com o intuito de assegurar a qualidade dos cuidados prestados, otimizando os recursos disponíveis.

Hesbeen (2000) reforça essa mesma ideia, afirmando que um gestor tem como missão **promover** as relações entre os profissionais e clientes, humanizando-as; **organizar** os cuidados dentro da própria equipa; **comunicar**, promovendo o diálogo e a partilha de conhecimentos; **desenvolver** o potencial da própria equipa, na partilha de conhecimento; **deliberar**, em conjunto com os demais elementos da equipa; e **promover a formação** da equipa, de acordo com as necessidades identificadas pelos seus elementos.

Cabe ao enfermeiro gestor o papel de líder, conceito defendido por Sousa (1990, p.149) como “ (...) *um processo de influência social no qual o líder procura obter a participação voluntária dos subordinados num esforço para atingir os objetivos da organização*”, dotando-se da capacidade de se aperceber do ambiente que o rodeia, dos desafios e dificuldades, de inovar e estimular os pares, encorajando-os e fomentando o espírito de equipa (Frederico e Leitão, 1999; Feldman, 2006).

Entre as intervenções de organização de cuidados e a gestão de recursos humanos coloca-se a problemática da organização do trabalho dos enfermeiros, que seguidamente aprofundaremos.

1.3.1 Modelos de organização do trabalho em enfermagem

Tomando como referência as competências de gestão em enfermagem abordadas no capítulo anterior, é chegado o momento de efetuar uma reflexão acerca do modo como se organizam e planeiam os cuidados de enfermagem.

De acordo com Frederico e Leitão (1999, p.159), “*a organização de cuidados é um dos aspetos que passa pela escolha do método de trabalho que mais se adequa à prestação de cuidados individualizados e personalizados*”. O mesmo autor, defende que a escolha do

modelo de organização terá de ter em consideração várias condicionantes tais como: os objetivos da organização, a quantidade de clientes e o seu grau de dependência, os recursos materiais e pessoas disponíveis, assim como as características das instalações, cuja linha de pensamento foi partilhada por Maquis e Huston (2009).

É da responsabilidade dos enfermeiros gestores a escolha e implementação da metodologia de cuidados, com o objetivo de promover a eficácia e eficiência dos recursos disponíveis (Huber, 2006; Parreira 2005). Frederico e Leitão (1999), referem também que o método de trabalho deve facilitar o trabalho dos profissionais, promovendo a segurança e qualidade dos cuidados, eliminando redundâncias de recursos e esforços.

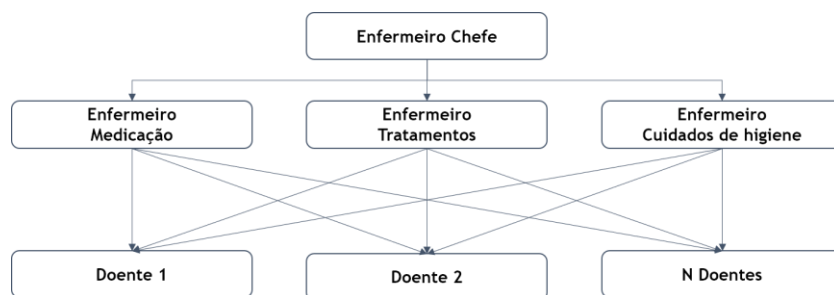
Da revisão da literatura é possível observar a utilização de vários métodos de organização dos cuidados, parecendo-nos ajustado ter em consideração a classificação proposta por Frederico e Leitão (1999): método funcional, método individual, método de equipa e método primário ou de enfermeiro responsável.

De acordo com o foco de atenção de cada metodologia, podem ser divididas em três grupos distintos: centrados na tarefa (método funcional), centrados na pessoa (método individual, método de equipa) e centrado na responsabilidade do processo assistencial (enfermeiro responsável ou gestor de caso).

Parreira (2005) salienta a importância dos dois últimos, uma vez que emergem da identificação das necessidades dos indivíduos, culminando no seu tratamento de modo holístico. O mesmo autor acredita que em Portugal, predominam as metodologias centradas no indivíduo.

O **Método Funcional** remonta a sua origem ao século XIX, após a segunda guerra mundial, caracterizando-se pela distribuição prévia de determinadas tarefas específicas a cada enfermeiro do serviço, não permitindo a individualização dos cuidados (Figura 9).

Figura 9: Representação esquemática do modelo funcional de cuidados de enfermagem



Fonte: Adaptado de Robinson, 2009.

Sendo uma metodologia amplamente utilizada no passado, pode ainda ser observada pontualmente nos dias de hoje, tendo algumas vantagens como o acréscimo de produtividade, aumento da eficácia e rapidez, implicando menos recursos humanos (Frederico e Leitão, 1999).

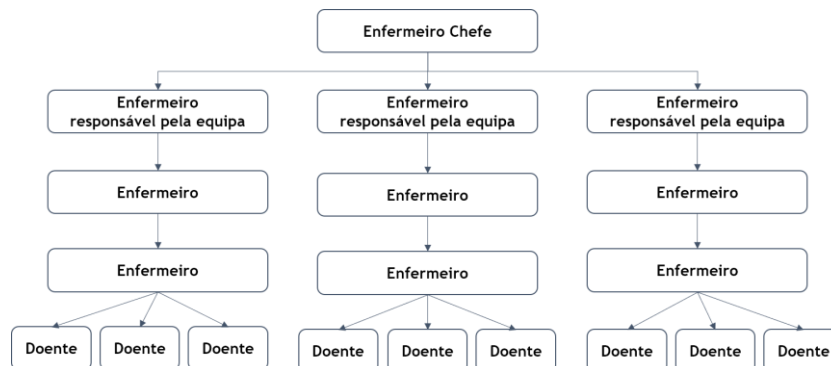
No entanto, os mesmos autores defendem que a opção por este método não está necessariamente ligada à satisfação dos clientes e dos profissionais, uma vez que não está centrada nas suas necessidades, mas sim da organização. Trata-se, portanto, de um “(...) *método que valoriza a quantidade em detrimento da qualidade*” (Frederico e Leitão, 1999, p.161).

Este método pode ser associado ao princípio Taylorista da divisão do trabalho (Costa, 2004) estando sujeito a uma cadeia de comando altamente hierarquizada, onde o chefe determina a tarefa a distribuir de acordo com o perfil que detém de cada enfermeiro.

O **método de equipa**, com origem nos anos 50, foi criado com o intuito de colmatar algumas desvantagens do método funcional, como a insatisfação profissional e a ausência de uma visão holística do cliente. No entanto, Seago (2008) alerta para o risco de os modelos partilharem as mesmas vantagens e desvantagens, caso as equipas não sejam bem coordenadas (Frederico e Leitão, 1999; Robinson, 2009).

Neste modelo (figura 10), os doentes são divididos por equipas de enfermeiros, geridos por um responsável, designado pelo enfermeiro chefe, a quem delega a função de coordenação dos cuidados necessários para o respetivo grupo de doentes. (Costa, 2004)

Figura 10: Representação esquemática do modelo de equipa na organização de cuidados de enfermagem

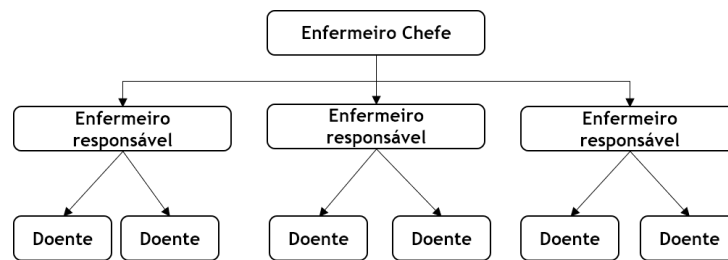


Fonte: Adaptado de Robinson, 2009.

O modelo apresenta algumas vantagens ao potenciar a comunicação e os processos de liderança, assim como a partilha de experiências e conhecimentos dentro das equipas, servindo de suporte para os elementos menos experientes (Robinson, 2009).

O **Método Individual**, sendo classificado como um método centrado no indivíduo, é caracterizado pela distribuição de um determinado número de clientes por cada enfermeiro, sendo responsável pela totalidade dos cuidados a prestar a cada um (figura 11).

Figura 11: Representação esquemática do modelo individual na organização de cuidados de enfermagem



Fonte: Adaptado de Robinson, 2009.

Frederico e Leitão (1999), apontam várias vantagens relacionadas com a aplicação desta metodologia que, ao favorecer a relação entre o profissional e o doente, promove a satisfação de ambos. Permite ainda uma maior responsabilização do profissional, facilitando o processo de tomada de decisão, motivando-o.

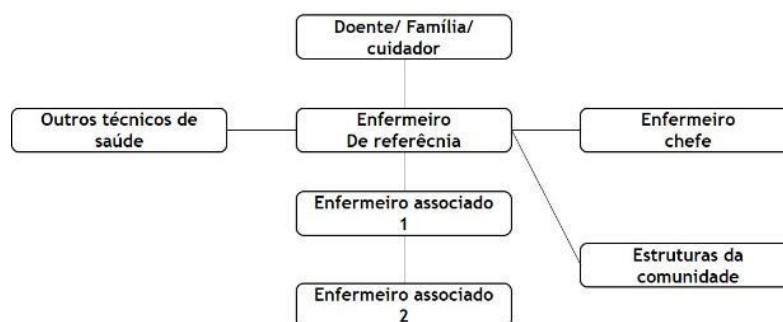
No entanto, a continuidade dos cuidados não está necessariamente garantida, uma vez que o mesmo enfermeiro pode não cuidar sempre dos mesmos doentes, dia após dia. Trata-se ainda de uma metodologia mais dispendiosa, exigindo uma maior dotação de profissionais (Frederico e Leitão, 1999; Macaia, 2007).

Requer um esforço por parte do enfermeiro gestor, na forma como garante a distribuição dos clientes. Para tal, além de supervisionar os cuidados, deve ter um adequado conhecimento dos clientes internados, de modo a garantir uma divisão justa e equitativa, com recurso a ferramentas como o Sistema de Classificação de Doentes.

De acordo com Frederico e Leitão (1999), o **Método de enfermeiro responsável ou de referência**, tem por base a atribuição de doentes a um determinado enfermeiro (figura 12), que fica responsável por todos os cuidados prestados (desde a análise das necessidades, ao planeamento, implementação e avaliação da eficácia dos cuidados) durante a estadia dos seus doentes, e sempre que estes recorram novamente ao hospital (Robinson, 2009). Mesmo quando não está no hospital delega as suas funções a enfermeiros assistentes, assegurando a continuidade de cuidados.

O enfermeiro responsável faz ainda a ponte com a família/ cuidadores do doente e com os recursos da comunidade de modo a otimizar o plano estabelecido para o doente, preparando adequadamente a alta desde o momento da admissão (Frederico e Leitão, 1999).

Figura 12: Representação esquemática do modelo primário ou responsável na organização de cuidados de enfermagem



Fonte: Adaptado de Robinson, 2009

Facilmente se percebe a principal vantagem deste modelo, uma vez que o foco está na relação entre o enfermeiro e o doente. Além de proporcionar maior confiança e segurança, promove a continuidade de cuidados e um maior compromisso por parte do enfermeiro. Trata-se de um modelo altamente promotor da satisfação quer dos profissionais quer dos doentes. Contudo, a sua implementação é difícil dada a carência de recursos, assim como a tipologia de horários em vigor nas diferentes instituições (Frederico e Leitão, 1999).

Perante os modelos apresentados, cabe ao enfermeiro gestor avaliar os recursos disponíveis e, tendo em conta o tipo de cuidados que pretende assegurar em benefício dos doentes e dos profissionais, optar pela metodologia que lhe garanta o nível ótimo de qualidade dos cuidados.

1.3.2 Horários e escalas de trabalho

De entre as várias funções de um enfermeiro gestor, uma das mais impactantes na dinâmica da equipa e na satisfação dos profissionais diz respeito à elaboração e validação das escalas de trabalho, tendo por base a tipologia de horários definidos para o seu serviço/ instituição.

Nesse sentido, abordaremos neste capítulo o enquadramento legal em torno da elaboração horários e escalas a utilizar, seguida de uma reflexão acerca do impacto do trabalho por turnos, terminando com uma revisão da literatura no que concerne ao impacto e aceitabilidade dos horários concentrados de 12 horas.

Da revisão da literatura consultada e da legislação em vigor foi possível perceber que a organização e gestão do tempo de trabalho dos enfermeiros se rege essencialmente por três diplomas: o Decreto Lei nº 437/91 de 8 de novembro, nos seus artigos 54º, 55º, 56º

e 57º, ainda em vigor no Decreto Lei 248/2009 de 22 de setembro; o Decreto Lei nº 62/79 de 30 de março; e pela Circular normativa Nº 18/92 de 30 de junho.

No entanto, parece-nos importante mencionar a Lei n.º 7/2009 de 12 de fevereiro, que aprova a revisão do Código do Trabalho, através da qual são regulamentados, no seu artigo 209, os horários concentrados (12 horas) em utilização em diversas unidades de saúde.

Definir o modelo de horário mais ajustado para cada realidade pode constituir uma tarefa árdua e ingrata, dada a especificidade de cada realidade e da preferência individual de cada enfermeiro. De acordo com a Circular normativa Nº 18/92 (1992), os modelos de horários devem ter em consideração o nível de cuidados que se pretende alcançar em função dos recursos disponíveis, a garantia da continuidade dos cuidados, o modelo organizacional, as características da unidade ou serviço, a duração do trabalho semanal e os interesses individuais dos enfermeiros, sempre que possível.

O mesmo documento refere que, de acordo com o modelo de horário definido para cada organização, é função do enfermeiro gestor a elaboração da escala de trabalho para a sua equipa, carecendo ainda de homologação por parte do enfermeiro diretor ou de quem ele delegar essa função. Mesmo não apresentando um limite mínimo de tempo para o envio da escala, é recomendado que seja dado conhecimento desta com a devida “ (...) *antecedência de modo a permitir ao enfermeiro organizar a sua vida pessoal e familiar*” (Circular normativa Nº 18/92, 1992, p.4).

Os planos afixados devem contemplar períodos de quatro semanas, devendo ser atualizados sempre que seja efetuada alguma alteração, por “*necessidade imperiosa do serviço*” (Circular normativa Nº 18/92, 1992, p.4) ou mediante um pedido devidamente justificado por parte do enfermeiro.

O mesmo diploma descreve três modalidades de trabalho distintas: Tempo completo, com a duração de 35 horas semanais de acordo com o nº1 do artigo 56 do Decreto Lei Nº 437/91; Tempo parcial, com uma duração de 20 ou 24 horas por semana; Horário acrescido, perfazendo 42 horas na semana.

No que concerne ao número de horas semanais, observamos em 1996, com a Lei N.º 21/96 de 23 de julho a uma passagem de muitos trabalhadores em funções públicas, onde se inserem alguns enfermeiros, para o regime de 40 horas semanais. No entanto, com a Lei N.º 18/2016 de 20 de junho, há um retrocesso, passando novamente a vigorar as 35 horas semanais para todos.

Em relação ao regime normal a tempo completo do enfermeiro, a Circular normativa Nº 18/92 (remetendo para o artigo 56º do Decreto Lei Nº 437/91) define que as horas semanais de trabalho devem ser distribuídas por cinco dias, salvo alguma alteração imposta por uma necessidade do serviço ou pedido do enfermeiro, não devendo realizar mais que duas noites por semana. Refere ainda que os enfermeiros devem ter direito a um descanso

semanal e um complementar em cada semana, que devem coincidir pelo menos uma vez com um sábado ou domingo a cada quatro semanas. O mesmo diploma refere que a duração dos turnos dos enfermeiros deve ter em consideração a sua proteção e dos doentes, não sendo recomendável uma duração superior a 10 horas, ao contrário da possibilidade prevista no artigo 209º da Lei N.º 7/2009, (p.968) do Código de trabalho, onde refere que “*O período normal de trabalho diário pode ter aumento até quatro horas diárias*”, ou seja, 12 horas. Está também prevista uma sobreposição de 30 minutos entre dois turnos consecutivos para a passagem de turno, assim como uma pausa de 30 minutos para refeição (contabilizados na carga horária dos enfermeiros). No que diz respeito à pausa entre dois turnos consecutivos, o diploma refere que deve ser de 16 horas, em desfasamento com as 11 horas previstas no artigo 214º do código do trabalho (Lei N.º 7/2009). Por fim, refere que os feriados municipais e nacionais em dias úteis devem ser considerados na organização das escalas de trabalho.

Perante estes preceitos legais, tendo em consideração os recursos disponíveis, cabe ao enfermeiro gestor gerir as expectativas dos seus enfermeiros, procurando o melhor compromisso possível na distribuição dos turnos de modo a garantir a satisfação dos seus colaboradores.

1.3.3 Trabalho por turnos

Desde tempos remotos que existem referencias ao trabalho por turnos, desde as rondas militares até aos funcionários ao serviço de faraós, reis, burgueses, sem esquecer Florence Nightingale que, dotada de uma lamparina, vigiava os doentes durante a noite.

Esta modalidade de trabalho teve um crescimento exponencial. Num primeiro momento, com a revolução industrial, devido à pressão para a produção em massa e à possibilidade de ter iluminação artificial nas unidades fabris e, posteriormente, com a segunda guerra mundial, dada a necessidade de aumentar a produção bélica e posterior reconstrução dos países (Silva, 2007).

De acordo com o artigo 220.^a do Código do Trabalho, o trabalho por turnos pode ser definido como “ (...) *qualquer organização do trabalho em equipa em que os trabalhadores ocupam sucessivamente os mesmos postos de trabalho, a um determinado ritmo, incluindo o rotativo, contínuo ou descontínuo, podendo executar o trabalho a horas diferentes num dado período de dias ou semanas.*” (DR, 1.^a série, N.º 30, 12 de fevereiro de 2009, p.971)

Tendo por base esta definição e o pressuposto que é da responsabilidade dos enfermeiros a garantia, em determinados contextos, da prestação de cuidados ao longo de 24 horas, assegurando a continuidade dos cuidados, é inevitável falar de enfermagem sem

ter em consideração a existência de trabalho por turnos. Segundo dados da OE, em 2018, dos 73912 enfermeiros inscritos em Portugal, 32834 trabalham em centros hospitalares ou hospitais, dos quais uma grande percentagem trabalha por turnos.

Consideramos, por isso, importante perceber qual o impacto desta tipologia de trabalho nos enfermeiros. Da revisão da literatura consultada, facilmente se percebe que o trabalho por turnos, em particular quando envolve a realização de trabalho em período noturno, aumenta a propensão ao desgaste e fadiga (Cabral e Veiga, 2006), podendo ainda ter impacto nas relações familiares e sociais dos trabalhadores (Martins, 2002; Estaca 1998), humor (Melo, 2001) e mesmo na performance e absentismo (Estaca, 1998).

Costa, (2009), tendo como referência diversos autores, refere que o trabalho por turnos pode acarretar consequências para a saúde, para a vida familiar/social e para o contexto organizacional. No que diz respeito às **consequências para a saúde**, o autor inclui as perturbações graves do sono com efeitos a curto prazo (sonolência e fadiga) e a longo prazo tais como: fadiga crónica, depressão, perturbações severas do sono, perturbações psicológicas (diminuição da autoestima, autoeficácia, frustração, ansiedade, alterações de memória, depressão e alterações no estado do humor), perturbações gastrointestinais (por alteração dos ritmos alimentares e recurso a bebidas “excitantes” como o café, conduzindo a alterações do peso), alterações cardiovasculares (não sendo clara a natureza da associação entre as duas variáveis), alterações relacionadas com a vida reprodutiva das mulheres (fertilidade e risco de abortamento).

Costa (2009) refere ainda que o trabalho por turnos pode conduzir a **consequências para a vida familiar e social**, provocadas pelo desfasamento provocado pelos horários e incapacidade de acompanhar a vida familiar e social. O mesmo autor considera ainda que podem existir **consequências para o contexto organizacional** como a propensão para acidentes e diminuição da segurança, sendo o turno da noite o que está associado a um maior número de acidentes. Pode ainda interferir com a produtividade e desempenho individual, por todas as razões apresentadas anteriormente. O trabalho por turnos surge ainda como um dos fatores associados ao aumento do absentismo por doença, à vontade de abandonar a organização, comprometendo o compromisso com a organização e a satisfação profissional.

Perante todos estes factos e dada a necessidade de manter o trabalho por turnos em vários contextos, torna-se imperativo a adoção de medidas que minimizem o impacto nos profissionais de enfermagem, nomeadamente através da escolha da velocidade (rápida, semanal, lenta ou turnos fixos) e direção de rotação do trabalho por turnos (sentido horário: manhã, tarde, noite; sentido anti-horário: noite, tarde, manhã) (Silva, 2007) que melhor se adapte à especificidade do serviço e que, acima de tudo, reúna maior consenso e satisfação no seio da equipa.

Importa ainda referir o facto da legislação proteger alguns profissionais, como os enfermeiros com idade superior a 50 anos, que podem requerer a isenção definitiva de trabalho noturno, assim como as enfermeiras que amamentam, tendo a possibilidade de solicitar a isenção de turnos noturnos até 12 meses após o parto, assim como durante os três últimos meses de gravidez (Diário da República n.º 257/1991, Série I-A, 1991).

1.3.4 Impacto dos turnos de 12 horas

Dependendo da organização, do serviço e do próprio contexto de prestação de cuidados de enfermagem, é possível encontrar vários tipos de escalas e horários. Tal como referimos no capítulo anterior, é importante encontrar e implementar aquele que melhor se adequa às necessidades e expectativas da organização e dos profissionais, promovendo a sua satisfação e garantindo a segurança, a qualidade e a continuidade dos cuidados.

No que diz respeito à duração dos turnos, estes variam desde as seis horas, oito horas, nove horas e, cada vez mais frequente em unidades privadas e algumas públicas, os turnos de 12 horas.

Interessa, portanto, perceber o enquadramento legal desta tipologia de horários, o modo como deve ser aplicado e avaliar, de acordo com a bibliografia disponível e consultada, o impacto que tem na satisfação dos profissionais, qualidade e segurança dos procedimentos.

Como vimos, de acordo com a Circular normativa Nº 18/92, não é recomendável uma duração de turnos superior a 10 horas. No entanto, tendo como referência o artigo 209.º do Código do Trabalho, o “ (...) período normal de trabalho diário pode ter aumento até quatro horas diárias” (DR, 1.ª série, N.º 30, 12 de fevereiro de 2009, p.968) desde que sejam cumpridos os seguintes pressupostos: Devir de um acordo entre empregador e trabalhador ou por instrumento de regulamentação coletiva; Deve concentrar a semana em quatro dias de trabalho no máximo; O horário de pode ter no máximo três dias de trabalho consecutivos, seguidos no mínimo de dois dias de descanso; A duração do período normal de trabalho semanal deve ser respeitada, em média, num período de referência de 45 dias.

Da pesquisa bibliográfica efetuada, não encontramos muitos estudos que avaliem o impacto dos horários concentrados (12 horas). Alias, pensamos ser os primeiros a abordar esta temática em Portugal. No entanto, analisando os estudos disponíveis parece não existir um consenso em torno da satisfação dos profissionais, apesar estarem quase sempre associados a uma maior propensão fadiga/ burnout (tabela 1).

Tabela 1: Impacto dos turnos de 12 horas na satisfação profissional, fadiga e *burnout*.

Autor e ano de publicação	Revista	País de publicação	Associação entre turnos de 12 horas e Satisfação profissional	Associação entre turnos de 12 horas e Nível de Fadiga/ <i>Burnout</i>
Wallis, L. 2015	<i>American Journal of Nursing</i>	Reino Unido	Elevada	Elevado
Aveyard, D. 2017	<i>Kai Tiaki Nursing New Zealand</i>	Nova Zelândia	Elevada (estudos em unidades de Cuidados intensivos)	Não é consensual, mas há mais estudos com correlação positiva
Richards, A.; Hassan, R.; Reith, V. 2016	<i>Nursing News</i>	Estados Unidos da América	Preferido em alguns estudos. Referencia à insatisfação dos profissionais com os riscos dos turnos de 12 horas	Elevado.
Martin, D. 2015	<i>Nursing Economics</i>	Estados Unidos da América	Não é consensual. Pode gerar insatisfação, mas permite mais tempo disponível	Elevado
Marselas, K. 2018	<i>McKnight's Long-Term Care News</i>	Estados Unidos da América	Elevada	Presente caso haja necessidade de trocar de clientes a meio do turno
Canadian Nursing Home. 2015	<i>Canadian Nursing Home</i>	Canadá (Estudo feito na Europa)	Baixa satisfação, mas ainda assim são preferidos pelos profissionais	Elevada
Case Management Advisor. 2013	<i>Case Management Advisor</i>	Estados Unidos da América	Não é consensual o nível de satisfação, mas há uma preferência pelos turnos de 12 horas.	Elevada
Rollins J.A. 2015	<i>Pediatric Nursing</i>	Estados Unidos da América	Elevada. Preferido	Elevada
Banakhar, M. 2017	<i>Journal of Nursing Education & Practice</i>	Canadá	Não é consensual. 5/12 estudos apontam baixo nível de satisfação; 3/12 estudo aponta elevado nível de satisfação	Elevada. Apenas 1 estudo não demonstrou uma associação estatisticamente significativa

Da análise destes estudos, consideramos interessante o facto de quase todos apontarem uma forte associação entre as 12 horas e a fadiga, mas mesmo assim continua a ser preferido pelos profissionais. Isto pode ser explicado pela possibilidade do profissional se deslocar menos dias ao serviço, diminuindo os custos de deslocação, pela maior disponibilidade para a família ou para acumular funções noutro serviço, pela diminuição de tempos de passagem de turno, assim como pela diminuição da rotatividade de profissionais promovendo a continuidade de cuidados.

Ao analisarmos a relação entre os turnos de 12 horas, a qualidade dos cuidados e a segurança, também se podem verificar resultados dispare. Enquanto que autores como Aveyard (2007), Marselas (2018) e Richards (2016), concluíram através dos seus trabalhos de investigação, uma associação favorável entre turnos mais prolongados e a qualidade e segurança dos cuidados, salientando o efeito positivo na continuidade destes, outros autores como Keller (2009), Surani (2007), Tomajan (2005), Wallis (2015) e Rollins (2015), concluem

que existe uma associação, ainda que por vezes fraca, entre os turnos mais prolongados e a propensão para o erro, colocando em causa a segurança e a qualidade dos cuidados.

Em 2009, Estabrooks e seus colaboradores procuraram perceber a associação entre a duração dos turnos e a percepção da qualidade dos cuidados. Na sua revisão sistemática da literatura não encontraram evidência suficiente que permitisse chegar a qualquer tipo de associação.

Já em março de 2019, Jarrar e seus colaboradores, concluíram que a percepção da qualidade e segurança dos cuidados era superior quando os profissionais trabalhavam com turnos de oito horas, em comparação com os turnos de 10 horas. Os mesmos investigadores salientam que devido ao baixo número de indivíduos a trabalhar 12 ou mais horas, não foi possível tirar qualquer conclusão em relação a este tipo de horário.

Atualmente, na instituição onde decorreu o estudo, são praticados horários de 12 horas. Tratando-se de uma unidade certificada (ISO 9001) e acreditada (pela JCI), a garantia da qualidade é de extrema importância.

Terminado o enquadramento teórico, consideramos fundamental ter efetuado uma revisão em torno da temática da qualidade, do seu conceito e dos fatores que a condicionam, uma vez que serão alvo do nosso estudo. É inegável a necessidade de implementar medidas que promovam a segurança e a efetividade dos cuidados, procurando satisfazer as expectativas dos clientes e dos profissionais.

Salientamos também a importância de abordar as questões ligadas à gestão em enfermagem, com especial ênfase na gestão de recursos humanos. Neste âmbito foi muito importante perceber o enquadramento legal em torno da elaboração dos horários e o impacto da gestão, nomeadamente dos horários e escalas utilizadas, na satisfação e bem-estar profissional. Assim, foi com base nestes pressupostos, que decidimos orientar o nosso estudo de investigação, de modo a tentar perceber o impacto da duração dos turnos disponíveis na nossa organização na percepção da qualidade dos cuidados de enfermagem, assim como na satisfação dos profissionais

2. DA PREPARAÇÃO DO TRABALHO DE CAMPO À RECOLHA DOS DADOS

É intrínseco ao ser humano a procura de conhecimento e de respostas a questões do quotidiano, de modo mais ou menos rigoroso, exigindo diferentes níveis de esforço mental, perante os desafios com que nos deparamos.

Para Coutinho (2011), a investigação científica surge como uma metodologia de excelência para a construção de conhecimento. A mesma autora refere-se ao processo de investigação como “(...) *uma atividade de natureza cognitiva que consiste num processo sistemático, flexível e objetivo de indagação e que contribui para explicar e compreender os fenómenos sociais*” (Coutinho, 2011, p.7), salientando o rigor no desenho do processo de investigação, com o objetivo de maximizar o sucesso na obtenção dos resultados.

Tal como um chefe de cozinha percebe a importância de uma correta *mise en place*, prévia à confeção de uma saborosa refeição, também um investigador deve empreender todos os esforços possíveis na preparação do trabalho de campo.

Segundo Fortin (2009), é na fase metodológica que o investigador determina o modo como se realizará o processo de investigação, ou seja, qual o caminho a percorrer para concretizar os objetivos a que se propôs. Segundo a mesma autora, é neste momento que o investigador define o desenho da investigação, definindo a população e amostra, as variáveis que pretende estudar, assim como o método de recolha e análise dos dados.

2.1 Desenho do estudo

Tal como foi referido anteriormente, Fortin (2019) salienta a importância do desenho do estudo como fio condutor de todo o processo de investigação, culminando na procura de respostas que permitam verificar as hipóteses formuladas, garantindo o rigor e evitando possíveis enviesamentos.

Tendo em consideração os objetivos propostos, as variáveis em estudo e a sua possível relação, optamos por recorrer ao paradigma positivista, de cariz quantitativo,

exploratório e descritivo correlacional. Tendo a recolha de dados decorrido num único momento, a nossa investigação pode ser classificada como transversal (Fortin, 2009).

Coutinho (2011), aponta algumas características da perspetiva quantitativa da investigação que nos parecem ajustar-se ao desenho do nosso estudo, como o carácter externo do investigador, a objetividade, o ênfase em factos, relações e resultados que “ (...) *contribuam para aumentar o conhecimento e permitam prever, explicar e controlar fenómenos.*” (Coutinho, 2011, p.25). A possibilidade da generalização de resultados com recurso a estudos desta natureza é também evidenciada por Fortin (2009).

De acordo com os objetivos definidos e as hipóteses propostas, facilmente percebemos que os resultados esperados derivarão essencialmente da análise da intensidade existente na relação entre as variáveis em estudo. É com base neste pressuposto que podemos classificar a investigação como descritivo-correlacional (Fortin, 2009).

Tal como foi referido anteriormente este estudo tem como questão de partida: “Qual o impacto da duração dos turnos na percepção da qualidade dos cuidados de enfermagem?”. Além de avaliar o impacto da duração dos turnos em vigor num hospital privado do Porto na percepção da qualidade dos cuidados de enfermagem, procuramos também perceber o seu impacto na satisfação dos profissionais.

Fortin (2009) defende que um objetivo deve descrever, de forma inequívoca, o fim a que o investigador se propõe, incorporando a população alvo, as variáveis em estudo e a natureza das relações que pretende estudar, explicitas através de um verbo. Deste modo, para a concretização deste estudo de investigação foram definidos os seguintes objetivos:

- Descrever o modo como os enfermeiros do hospital privado do Porto percebem a qualidade dos cuidados de enfermagem;
- Descrever a satisfação dos enfermeiros do hospital privado do Porto para com a duração e tipologia de horários que praticam;
- Analisar a relação entre a duração dos turnos e a percepção da qualidade dos cuidados de enfermagem no hospital privado do Porto;
- Analisar a relação entre a duração dos turnos e a satisfação dos enfermeiros do hospital privado do Porto.

Com a análise dos resultados obtidos, esperamos contribuir para a revisão das práticas de gestão de recursos humanos em enfermagem instituídas, com o intuito de potenciar a satisfação dos profissionais e a qualidade dos cuidados que prestam.

2.2 Variáveis

As variáveis e a sua definição surgem como um elemento fundamental em qualquer estudo de investigação, como parte integrante dos objetivos, hipóteses e questões de investigação, sendo definidas por Fortin (2009, p.171) como “(...) *qualidades, propriedades ou características de pessoas, objetos de situações suscetíveis de mudar ou variar no tempo*”. Coutinho (2011), do ponto de vista metodológico, classifica-as como: Variável independente (introduzida e manipulada pelo investigador e que vai produzir um efeito na variável dependente, podendo ser chamada também de variável experimental); Variável dependente (que sofre um efeito por ação da variável dependente, apelidando-a também de variável de critério); Variável estranha (diferente da variável independente, mas que pode também ter uma ação sobre a variável dependente, sendo necessário o seu controlo. Pode ser chamada variável de controlo, caso o investigador a considere no processo de investigação).

Deste modo, considerando os objetivos traçados para a nossa investigação, tendo como referência a classificação proposta por Coutinho (2011) foram definidas as seguintes variáveis (Quadro 4 a 7):

Quadro 4: Variáveis sociodemográficas

Componente	Unidades	Tipo de variável
Idade	Anos completos no momento da resposta ao questionário	Ordinal
Género	Masculino/ Feminino	Nominal

A análise de variáveis sociodemográficas tem como objetivo caracterizar a amostra, traçando o seu perfil em termos características pré-existentes nos indivíduos em estudo, permitindo obter um perfil demográfico dessa amostra (Coutinho, 2011).

Quadro 5: Variáveis profissionais

Componente	Unidades	Tipo de variável
Tempo de exercício profissional	Anos completos no momento da resposta ao questionário	Ordinal
Tempo de exercício profissional no serviço atual	Anos completos no momento da resposta ao questionário	Ordinal
Serviço	Bloco Operatório (Central e/ou Partos); Internamento (independentemente da especialidade); Atendimento Permanente; Consulta; Cuidados Intensivos/ Intermédios; Exames Especiais/ Radiologia de intervenção	Nominal
Tipo de Contrato	Prestação de serviços; Contrato a Termo Certo; Contrato por Tempo Indeterminado	Nominal
Carga horária (média) semanal	40 horas semanais (ou mais); 20 a 40 horas semanas; menos de 20 horas semanais	Nominal
Tipologia de horário	Horário Fixo; Horário rotativo (excluindo noites); Horário rotativo (incluindo noites)	Nominal
Duração dos turnos (realizado com maior frequência)	6 a 8 horas; 8 a 10 horas; 12 ou mais horas	Nominal

O estudo das variáveis profissionais teve como objetivo a caracterização da amostra em relação à experiência profissional, fornecendo ainda dados importantes para perceber o modo como estas poderão influenciar outras variáveis como a percepção da qualidade dos cuidados de enfermagem e a satisfação profissional.

Quadro 6: Variáveis relacionadas com a avaliação da percepção da qualidade dos cuidados de enfermagem

Componente	Dimensão	Unidades/ Categorias	Tipo de variável
A satisfação do cliente	Os enfermeiros demonstram respeito pelas capacidades, crenças, valores e desejos da natureza individual do cliente nos cuidados que prestam *	1; 2; 3; 4	Ordinal
	Os enfermeiros procuram constantemente empatia nas interações com o cliente (doente/família)		
	Os enfermeiros envolvem os conviventes significativos do cliente individual no processo de cuidados		
A promoção da saúde	Os enfermeiros identificam as situações de saúde da população e dos recursos do cliente / família e comunidade		
	Os enfermeiros aproveitam o internamento para promover estilos de vida saudáveis		
	Os enfermeiros fornecem informação geradora de aprendizagem cognitiva e de novas capacidades pelo cliente		
A prevenção de complicações	Os enfermeiros identificam os problemas potenciais do cliente		
	Os enfermeiros prescrevem e implementam intervenções com vista à prevenção de complicações		
	Os enfermeiros avaliam as intervenções que contribuem para evitar problemas ou minimizar os efeitos indesejáveis		
	Os enfermeiros demonstram o rigor técnico / científico na implementação das intervenções de enfermagem		
	Os enfermeiros referenciam situações problemáticas identificadas para outros profissionais, de acordo com os mandatos sociais		
	Os enfermeiros supervisionam as atividades que concretizam as intervenções de enfermagem e as atividades que delegam.		
	Os enfermeiros demonstram responsabilidade pelas decisões que tomam, pelos atos que praticam e que delegam		
O Bem-estar e o autocuidado	Os enfermeiros identificam os problemas do cliente que contribuam para aumentar o bem-estar e a realização das suas atividades de vida.		
	Os Enfermeiros prescrevem e implementam intervenções que contribuam para aumentar o bem-estar e a realização das atividades de vida dos clientes.		
	Os enfermeiros avaliam as intervenções que contribuam para aumentar o bem-estar e a realização das atividades de vida dos clientes		
	Os enfermeiros demonstram o rigor técnico/científico na implementação das intervenções de enfermagem que contribuam para aumentar o bem-estar e a realização das atividades de vida dos clientes		
	Os enfermeiros referenciam situações problemáticas identificadas que contribuam para aumentar o bem-estar e a realização das atividades de vida dos clientes.		
	Os enfermeiros demonstram responsabilidade pelas decisões que tomam, pelos atos que praticam e que delegam.		
A readaptação funcional	Os enfermeiros dão continuidade ao processo de prestação de cuidados de enfermagem		
	Os Enfermeiros otimizam as capacidades do cliente e conviventes significativos para gerir o regime terapêutico prescrito		
	Os enfermeiros ensinam, instruem e treinam o cliente sobre a adaptação individual requerida face à readaptação funcional.		
A organização dos cuidados de enfermagem	Os enfermeiros dominam o sistema de registos de enfermagem		
	Os enfermeiros conhecem as políticas do hospital		

A avaliação da percepção da qualidade dos cuidados de enfermagem foi conduzida com recurso à EPAECQC, tendo por base os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem da OE. Em cada uma das atividades, os indivíduos avaliam o modo como percebem o seu grau de concretização nos seus contextos de trabalho.

Quadro 7: Variáveis relacionadas com a avaliação a satisfação dos enfermeiros

Dimensão	Dimensão	Unidades/ Categorias	Tipo de variável
Avaliação da satisfação com a tipologia e duração do horário realizado	Tendo em consideração a tipologia e duração dos turnos que realizo com maior frequência, é favorecida a continuidade dos cuidados	Discordo completamente; Discordo; Concordo; Concordo completamente	Nominal
	Tendo em consideração a tipologia e duração dos turnos que realizo com maior frequência, é favorecida a segurança dos cuidados		
	Tendo em consideração a tipologia e duração dos turnos que realizo com maior frequência, consigo gerir melhor o tempo necessário para os registos de enfermagem		
	Tendo em consideração a tipologia e duração dos turnos que realizo com maior frequência, consigo uma melhor organização dos cuidados de enfermagem		
	Tendo em consideração a tipologia e duração dos turnos que realizo com maior frequência, consigo ter mais tempo livre (fora da unidade)		
	Tendo em consideração a tipologia e duração dos turnos que realizo com maior frequência, consigo uma melhor gestão da vida pessoal e familiar		
	Tendo em consideração a tipologia e duração dos turnos que realizo com maior frequência, há uma maior propensão para a fadiga e stress		
	Estou globalmente satisfeito com a tipologia e duração do horário realizado no meu Serviço		
	Gostaria de ter outro tipo e duração de horário de trabalho		

Tendo por referência a definição de satisfação no trabalho proposta por Graça (2010), para quem esta resulta num estado emocional agradável e positivo do indivíduo, decorrente da sua avaliação em relação ao trabalho, com estas variáveis procuramos perceber o modo como a duração e tipologia de horário a influencia.

2.3 Hipóteses

Perante os objetivos definidos para este estudo surge a necessidade de definir as hipóteses de investigação, procurando antecipar a relação entre as variáveis em estudo e a população (Fortin, 2009). Assim, formulamos as seguintes hipóteses:

- H1: Há uma associação estatisticamente significativa entre a duração dos turnos e a percepção da qualidade dos cuidados de enfermagem no hospital privado do Porto;

- H2: Há uma associação estatisticamente significativa entre a duração dos turnos e a satisfação dos enfermeiros do hospital privado do Porto;
- H3: Há uma associação estatisticamente significativa entre a duração dos turnos e a percepção da continuidade dos cuidados de enfermagem no hospital privado do Porto;
- H4: Há uma associação estatisticamente significativa entre a duração dos turnos e a percepção da segurança dos cuidados de enfermagem no hospital privado do Porto;
- H5: Há uma associação estatisticamente significativa entre a duração dos turnos e a percepção do tempo disponível para efetuar registos de enfermagem no hospital privado do Porto;
- H6: Há uma associação estatisticamente significativa entre a duração dos turnos e a organização dos cuidados de enfermagem no hospital privado do Porto;
- H7: Há uma associação estatisticamente significativa entre a duração dos turnos e a percepção do tempo livre fora do hospital privado do Porto;
- H8: Há uma associação estatisticamente significativa entre a duração dos turnos e a gestão da vida pessoal e familiar dos enfermeiros do hospital privado do Porto;
- H9: Há uma associação estatisticamente significativa entre a duração dos turnos e a percepção da propensão para a fadiga e stress dos enfermeiros do hospital privado do Porto.

Tendo por base o conceito de hipóteses proposta por Coutinho (2011, p.48), em que estas são vistas como “ (...) *uma previsão de resposta para o problema de investigação*”, é importante perceber que foram formuladas de acordo com o paradigma quantitativo em que se insere a investigação, orientando o tratamento estatístico a realizar para cruzar as variáveis em estudo.

2.4 População e Amostra

Antes de dar início ao processo de recolha de dados foi necessário identificar a população em estudo, assim como proceder ao cálculo do tamanho da amostra de modo a garantir a representatividade da mesma. Fortin (2009) e Coutinho (2011) referem-se à população como um conjunto de indivíduos ou processos em estudo, que partilham características em comum. Tendo em consideração a totalidade dos enfermeiros do hospital privado do Porto, após a definição de alguns critérios de exclusão (exclusão de profissionais

sem contrato a tempo inteiro ¹com a organização e enfermeiros gestores), foi encontrada a nossa **população alvo (N=150)**.

Na impossibilidade de obter uma resposta por parte de todos os elementos constituintes da população alvo, optamos por definir uma amostra constituída por elementos da população alvo, que ao partilhar características desta, poderão representá-la (Coutinho, 2011). Com o intuito de garantir a sua representatividade, foi efetuado um cálculo amostral, com um nível de confiança de 95%, e margem de erro de 4,76%, resultando numa **amostra de 111 indivíduos**.

Para obtenção dos indivíduos constituintes da amostra, recorreremos a um método de amostragem aleatória simples (Fortin, 2009). Para tal, foi enviado um questionário para todos os elementos da população alvo (garantindo igual probabilidade na resposta), com garantia de anonimato, tendo sido selecionadas as respostas até ser atingido o número requerido (N=111).

2.4.1 Instrumento de recolha de dados

Tendo em conta o tipo de estudo, o tamanho da amostra e o tempo disponível para a obtenção dos dados, optamos pela elaboração de um questionário, sendo um dos métodos mais empregues em estudos de investigação (Fortin, 2009).

Amaro (2005) refere-se ao questionário como um instrumento de investigação, utilizado para a recolha de informações, através da formulação de questões a um grupo representativo da população em estudo, podendo ou não existir um contacto direto entre o investigador e o inquirido. Pode ter na sua constituição questões abertas ou fechadas, apresentadas de uma forma lógica, minimizando possíveis enviesamentos (Fortin, 2009).

Trata-se ainda de um instrumento facilmente divulgado, permitindo um largo alcance. Apresenta, no entanto, algumas desvantagens como baixa taxa de resposta, assim como a impessoalidade e menor “riqueza” da informação que permite obter (Fortin, 2009; Coutinho, 2011).

O questionário aplicado neste estudo (Anexo 2) encontra-se dividido em três secções e foi construído tendo em consideração a rapidez e facilidade no seu preenchimento. Numa primeira parte pretende recolher dados para a caracterização sociodemográfica.

Na segunda parte do questionário recorreremos à EPAECQC (Martins *et al.* 2016), adaptada à organização onde se realizou estudo. Nesse sentido foi omitido o item: “Os

¹ Contrato de 40 ou 20 horas semanais. Exclui contratos de prestação de serviços para acumulação de funções.

enfermeiros planeiam a alta dos clientes internados em instituições de saúde, de acordo com as necessidades dos clientes e os recursos da comunidade” (Martins et al. 2016, p.924), por considerarmos ser redundante com os restantes itens dessa dimensão. Ainda assim a escala manteve um bom nível de consistência interna, obtendo um valor de coeficiente alfa de Cronbach de 0,93, muito semelhante ao da escala original (0.94).

Na terceira parte do questionário são colocadas algumas questões com o objetivo de determinar o grau de satisfação com a duração e tipologia de horários que cada um realiza com maior frequência.

O questionário era constituído por 42 questões, tendo um tempo de resposta estimado de 15 minutos.

2.4.2 Procedimento de recolha de dados e considerações éticas

Após termos definido e escolhido o instrumento de recolha de dados, houve a necessidade de planear o modo como seriam recolhidos os dados. A primeira decisão passou pela escolha entre a distribuição de questionários em papel ou em formato digital.

Tomando por referência o estudo de Fricker e Schonlau (2002), no qual os autores concluem que os inquéritos *on line* podem ser conduzidos de forma mais rápida, eficaz, barata e fácil, a nossa escolha recaiu nesta opção.

Das várias plataformas disponíveis *on line*, utilizamos o Google forms® pela facilidade de utilização e parametrização, aspeto gráfico dos questionários, pelo facto do correio eletrónico dos enfermeiros do hospital ser da Google® e, acima de tudo, pela facilidade de extração dos resultados e posterior importação para o programa de tratamento estatístico de dados - *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS)®, versão 24.

Após esta fase, o link do questionário foi enviado para o correio eletrónico de todos os indivíduos pertencentes à população alvo, tendo a recolha dos dados decorrido entre novembro de 2018 e fevereiro de 2019.

Consideramos importante referir que houve alguma dificuldade em obter o número de respostas necessárias para que a amostra fosse representativa. Perante essa dificuldade, foi solicitado o apoio dos enfermeiros gestores na sensibilização das suas equipas, para o preenchimento do questionário.

“Como a investigação no domínio da saúde envolve seres humanos, as considerações éticas entram em jogo desde o início da investigação” (Fortin, 2009, p.180). De facto, é essencial ter em consideração os princípios éticos a partir do momento que é escolhido o

tema para a investigação, procurando sempre respeitar os direitos das pessoas, no sentido da sua beneficência e assegurar a não maleficência.

Fortin (2009) reforça a necessidade de atender aos sete princípios éticos enunciados pelo *Énoncé de Politique des Trois Conseils*: Respeito pelo consentimento livre e esclarecido, ao qual dá grande ênfase; O respeito pelos grupos vulneráveis; O respeito pela vida privada e pela confidencialidade das informações pessoais; O respeito pela justiça e equidade; O equilíbrio entre as vantagens e os inconvenientes; A redução dos inconvenientes; A otimização das vantagens.

Foram estes mesmos princípios que procuramos ter em consideração no desenho do estudo, na elaboração do questionário e no procedimento de recolha de dados. Para tal, a confidencialidade e o anonimato foram assegurados aquando da parametrização do formulário online, não permitindo identificar o remetente, assim como na definição das questões constantes do mesmo, de modo a não ser possível cruzar dados e identificar os indivíduos.

A decisão de participar no estudo, através da resposta ao questionário era completamente livre, sem qualquer tipo de coação, penalização ou sanção, respeitando a autonomia da pessoa. No cabeçalho do questionário (Anexo 2) constava alguma informação relativa ao objetivo do estudo, da garantia do anonimato, havendo ainda uma referência ao consentimento para a participação no estudo.

De modo a obter a autorização para a realização do nosso estudo, o projeto de investigação foi submetido a avaliação por parte do Conselho de Ética do hospital onde decorreu o estudo, tendo sido autorizado de acordo com o parecer nº HCP/CES-28/18 de 26 de novembro de 2018 (Anexo 3).

2.4.3 Procedimento de tratamento de dados

Terminada a recolha dos dados, é necessário organiza-los e proceder à sua análise (Coutinho, 2011), sendo a estatística “(...) *uma ferramenta fundamental para a análise de dados em investigação em saúde*” (Almeida, 2017, p.1)

Tal como referimos anteriormente, a recolha de dados através da plataforma *Google forms*®, permitiu a sua exportação para uma folha de cálculo em Excel® e posteriormente para o SPSS®, onde foi efetuado todo o tratamento estatístico descritivo e inferencial das variáveis em estudo.

Para a caracterização da amostra, com o objetivo de descrever e organizar os dados recolhidos de forma clara (Fortin, 2009), recorreremos às medidas de tendência central como a média, moda e mediana, assim como o desvio padrão.

Para descrever os dados obtidos através da aplicação da EPAECQC, assim como os dados relativos à satisfação dos profissionais, optamos por apresentar apenas as frequências absolutas e relativas.

De modo a perceber a variação (favorável ou desfavorável) para cada componente da EPAECQC foram calculados pontos de corte, face ao total possível da escala adaptada (tabela 2).

Tabela 2: Limites de pontuação da EPAECQC

	Score mínimo possível	Score máximo possível	Ponto de corte
Qualidade total	24	96	60
Satisfação do cliente	3	12	7,5
Promoção da saúde	3	12	7,5
Prevenção de complicações	7	28	17,5
Bem-estar e autocuidado	6	24	15
Readaptação Funcional	3	12	7,5
Organização dos cuidados	2	8	5

Quando pretendemos estudar a associação entre as variáveis em estudo, recorreremos a estatística inferencial, com o intuito de inferir resultados da amostra para a população (Coutinho, 2011; Pestana e Gageiro, 2005). Nesse sentido, tendo assegurado os pressupostos de cada teste estatístico, recorreremos ao teste de *Mann-Whitney* (Não paramétrico, utilizado na presença de variáveis nominais ou ordinais em dois grupos independentes) para estudar a associação entre o sexo e a percepção da qualidade dos cuidados (Pestana e Gageiro, 2005).

Para estudar a associação entre o tipo de serviço, tipo de contrato, tipologia de horário e duração dos turnos e a percepção da qualidade dos cuidados de enfermagem, utilizamos o teste de *Kruskal-Wallis* (Não paramétrico, para comparação de medianas entre várias amostras independentes) (Pestana e Gageiro, 2005; Almeida, 2017).

Finalmente, ao estudarmos a associação estatística entre a duração dos turnos e a satisfação dos profissionais, continuidade, segurança e organização dos cuidados, impacto na vida pessoal e familiar e vontade de ter outra topologia de horário, recorreremos ao teste de *Qui-quadrado de Person* (Não paramétrico, utilizado para estudar a associação entre duas variáveis nominais).

Na leitura dos resultados obtidos, através da aplicação dos vários testes estatísticos, tivemos como referência o um valor probabilístico de significância de 0,05 ($p < 0,05$), com o objetivo de prevenir possíveis enviesamentos e garantir que os resultados são significativos para a amostra em estudo (Clegg, 1995; Polit, Beck e Hungler, 2004).

A consistência interna da escala EPAECQC foi avaliada através do coeficiente *Alpha de Cronbach*, cujo valor varia entre 0,0 e 1,0. Quanto maior o valor obtido, maior será o grau de consistência interna da escala (Pestana e Gageiro, 2005). Segundo Ribeiro (2010), para ser assegurada a consistência interna de uma escala, o valor do *Alpha* deverá ser superior a 0,7.

Tendo terminado o enquadramento metodológico, foi importante perceber que o rigor no planeamento e desenho do estudo é fundamental para o sucesso da investigação, permitindo perceber exatamente qual o caminho a seguir, prevendo os recursos e instrumentos necessários, o âmbito da sua aplicação e o modo como os dados obtidos serão tratados para alcançar os objetivos pretendidos.

3. DA CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA À EVIDENCIA DO IMPACTO DA DURAÇÃO DOS TURNOS NA PERCEPÇÃO DA QUALIDADE DOS CUIDADOS E SATISFAÇÃO PROFISSIONAL

Após termos efetuado uma revisão da literatura acerca das temáticas em estudo e enquadrado a metodologia utilizada no processo de investigação, apresentamos neste capítulo os principais resultados obtidos, assim como o seu tratamento estatístico para posterior discussão.

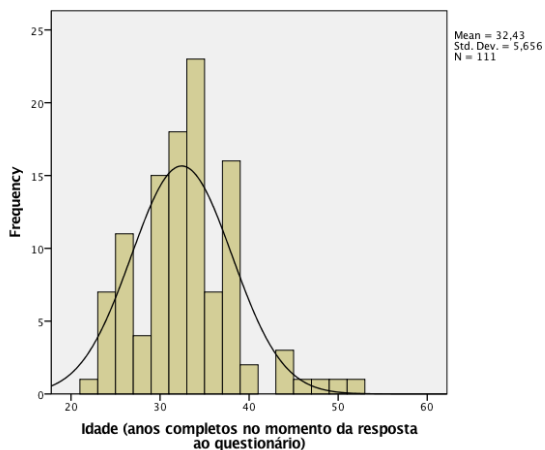
3.1 Caracterização da amostra

Tal como foi referido no capítulo do enquadramento metodológico, da nossa população (N=150) extraímos uma amostra constituída por 111 participantes, dos quais 25,2% (N=28) eram do sexo masculino e 74,8% (N=83) do sexo feminino.

Quadro 8: Caracterização da amostra segundo a idade

Idade (anos completos no momento da resposta ao questionário)	
Média	32,43
Mediana	32,00
Moda	33
Desvio Padrão (DP)	5,656
Mínimo	22
Máximo	52

Gráfico 1: Distribuição da idade (anos completos no momento da resposta)



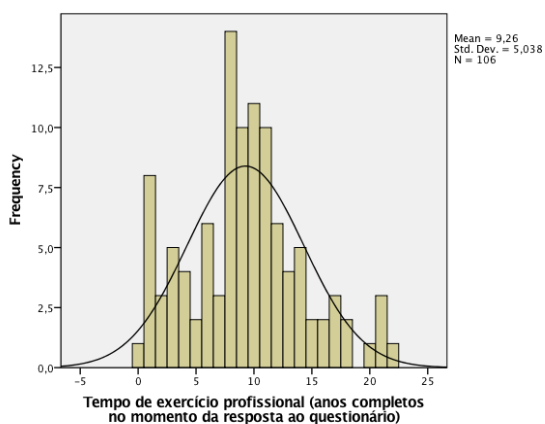
Em relação à idade dos indivíduos, o valor mais baixo observado foi de 22 anos e o mais elevado 52 anos, tendo um valor médio de 32,43 anos (DP=5,66) (Quadro 8, Gráfico 1).

Quadro 9: Caracterização da amostra segundo o tempo de exercício profissional

Tempo de exercício profissional (anos completos no momento da resposta ao questionário)	
Média	9,26
Mediana	9,00
Moda	8
Desvio Padrão (DP)	5,038
Mínimo	0
Máximo	22

No que diz respeito ao tempo exercício profissional, verificamos uma média de 9,26 anos, oscilando entre os 0 (menos de um ano completo) e os 22 anos (Quadro 9).

Gráfico 2: Distribuição do tempo de exercício profissional (anos completos no momento da resposta)



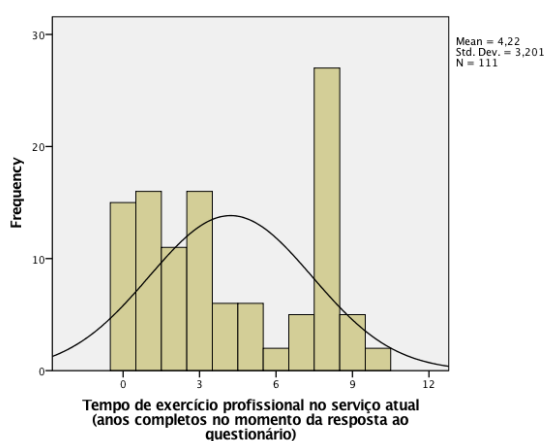
Em relação ao tempo de exercício no serviço onde cada indivíduo prestava cuidados atualmente, a média calculada foi de 4,22 anos (Quadro 9, Gráfico 2).

Quadro 10: Caracterização da amostra segundo o tempo de exercício profissional no serviço

Tempo de exercício profissional no serviço atual (anos completos no momento da resposta ao questionário)	
Média	4,22
Mediana	3,00
Moda	8
Desvio Padrão (DP)	3,201
Mínimo	0
Máximo	10

Em relação em tempo de exercício profissional no atual serviço, os valores oscilaram entre os 0 (menos de um ano) e os dez anos (Quadro 10).

Gráfico 3: Distribuição do tempo de exercício profissional no serviço atual (anos completos no momento da resposta ao questionário)



Consideramos importante realçar que apesar de ser possível verificar uma média relativamente baixa de 4,22 anos (DP=3,201), o valor mais vezes observado foi de 8 anos (Gráfico 3).

Tabela 3: Caracterização da amostra segundo o serviço

	N	%	% acumulada
Internamento	55	49,5	49,5
Cuidados Intensivos/ intermédios	12	10,8	60,4
Bloco operatório	16	14,4	74,8
Consulta	11	9,9	84,7
Atendimento permanente	14	12,6	97,3
Exames especiais	3	2,7	100,0

Quando analisado o serviço onde os enfermeiros prestam cuidados, foi possível verificar que a sua maioria (49,5%) trabalhava em serviços de internamento (Tabela 3).

Tabela 4: Caracterização da amostra segundo o tipo de contrato, carga horária semanal, duração dos turnos e tipologia de horário.

		N	%	% acumulada
Tipo de contrato	Cotrato por tempo indeterminado	64	57,7	57,7
	Contrato termo certo	15	13,5	71,2
	Prestação de serviços	32	28,8	100,0
Carga horária semanal	40 horas	97	87,4	87,4
	20 a 40 horas	12	10,8	98,2
	Menos de 20 horas	2	1,8	100,0
Duração dos turnos	12 ou mais horas	56	50,5	50,5
	de 6 a 8 horas	18	16,2	66,7
	de 8 a 10 horas	37	33,3	100,0
Tipologia de horário	Horário fixo	10	9,0	9,0
	Horário rotativo excluindo noites	20	18,0	27,0
	Horário rotativo incluindo noites	81	73,0	100,0

Aquando da caracterização da amostra, (Tabela 4) foi também possível verificar que a maior parte dos profissionais (57,7%) tinha um contrato por tempo indeterminado, seguido pelos profissionais com contrato de prestação de serviços (28,8%) e pelos contratos a termos certo (13,5%). No que concerne à carga horária semanal, quase todos os indivíduos trabalham 40 horas semanais (87,4%), sendo o grupo de profissionais com turnos de 12 horas o mais representado (50,5%). Por fim, observamos que quase todos os indivíduos têm horário rotativo com noites (73%) (Tabela 4).

3.2 Avaliação da percepção da qualidade dos cuidados

Seguidamente iremos apresentar os resultados obtido através da aplicação EPAECQC. Tendo em conta o número de *items* em cada umas das áreas avaliadas em cada e a possibilidade de atribuição de um score de 1 a 4 pontos por item.

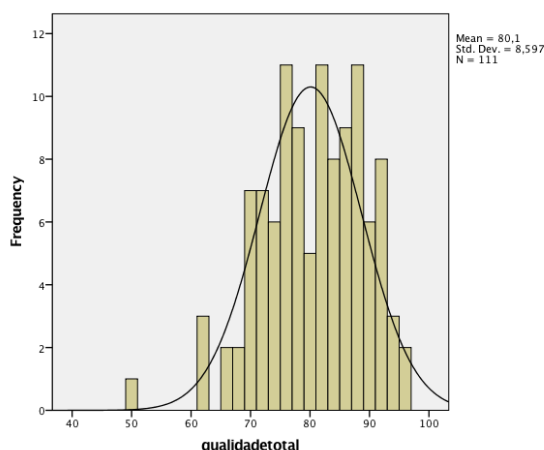
Após a aplicação da APAECQC, obtivemos os resultados descrito no quadro 9.

Quadro 11: Resultados EPAECQC

	Qualidade total	Satisfação cliente	Promoção saúde	Prevenção complicações	Bem-estar autocuidado	Readaptação Funcional	Organização de cuidados
Média	80,10	10,65	9,34	23,50	20,02	10,05	6,54
Mediana	81,00	11,00	9,00	23,00	20,00	10,00	7,00
Moda	76	12	9	21	18	9	6
DP	8,597	1,165	1,443	2,888	2,656	1,486	1,102
mínimo	50	8	5	14	12	4	2
Máximo	96	12	12	28	24	12	8

Comparando as médias obtidas com os pontos de corte apresentados na tabela 2 (página 66), é possível verificar em todas as áreas uma tendência positiva no que concerne à percepção da qualidade, contribuindo para uma qualidade total bastante satisfatória (Gráfico 4). Os melhores resultados foram verificados nas áreas da satisfação do cliente (4 pontos acima do ponto de corte), prevenção de complicações, e bem-estar e autocuidado (ambos com 5 pontos acima do ponto de corte).

Gráfico 4: Score qualidade total EPAECQC



Consideramos agora pertinente analisar as tendências de respostas em cada um dos padrões avaliados, apresentando as frequências e percentagens de cada possibilidade de resposta: 1- Nunca, 2- Poucas vezes; 3- Às vezes; 4- Sempre.

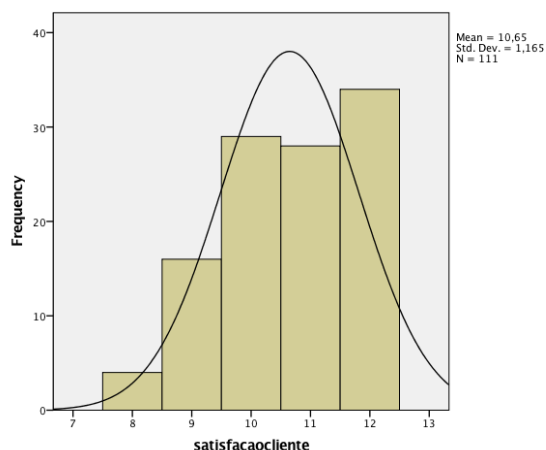
Tal como podemos verificar através da revisão da bibliografia, a **satisfação do cliente** é um dos aspetos fundamentais para a garantia da qualidade. Assim, é imperativo a adoção de medidas suportadas na identificação das necessidades reais de cada cliente, de modo a traçar estratégias para as suprimir, tendo em conta os recursos disponíveis. Através do nosso estudo, obtivemos os seguintes resultados: (Tabela 5; Gráfico 5)

Tabela 5: Percepção da qualidade dos cuidados quanto à satisfação do cliente

	Nunca		Poucas vezes		Às vezes		Sempre		Média
	N	%	N	%	N	%	N	%	
a) Os enfermeiros demonstram respeito pelas capacidades, crenças, valores e desejos da natureza individual do cliente nos cuidados que prestam	0	0	1	0,9	30	27	80	72,1	3,71
b) Os enfermeiros procuram constantemente empatia nas interações com o cliente (doente/família)	0	0	0	0	43	38,7	68	61,3	3,61
c) Os enfermeiros envolvem os convintes significativos do cliente individual no processo de cuidados	0	0	6	5,4	63	56,8	42	37,8	3,32

Ao analisar os dados, salientamos a ausência de respostas “*Nunca*”, acompanhada por uma baixa taxa de respostas “*Poucas vezes*”, possibilitando scores muito positivos no total da dimensão. No entanto, importa também referir que no que diz respeito ao envolvimento dos conviventes significativos, a opção mais vezes selecionada não foi “*Sempre*”, ao contrário dos dois primeiros itens da dimensão.

Gráfico 5: Percepção da qualidade dos cuidados quanto à satisfação do cliente



Verificamos um score médio de 10,65 (DP=1,165), sendo superior ao ponto de corte para esta componente (7,5).

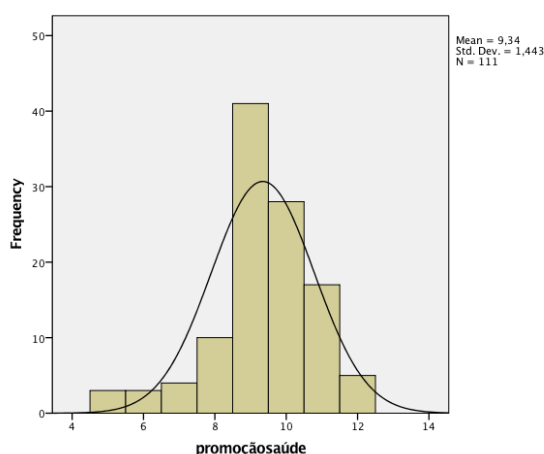
Além do tratamento da doença, a **promoção da saúde** constitui um foco da atenção dos enfermeiros, nomeadamente através da identificação dos recursos disponíveis na comunidade para a promoção de estilos de vida saudáveis, assim como do ensino aos clientes e famílias. Através da avaliação desses parâmetros podemos observar os seguintes resultados (Tabela 6; Gráfico 6):

Tabela 6: Percepção da qualidade dos cuidados quanto à promoção da saúde

	Nunca		Poucas vezes		Às vezes		Sempre		Média
	N	%	N	%	N	%	N	%	
a) Os enfermeiros identificam as situações de saúde da população e dos recursos do cliente / família e comunidade	3	2,7	15	13,5	72	64,9	21	18,9	3
b) Os enfermeiros aproveitam o internamento para promover estilos de vida saudáveis	0	0	16	14,4	72	64,9	23	20,7	3,06
c) Os enfermeiros fornecem informação geradora de aprendizagem cognitiva e de novas capacidades pelo cliente	0	0	7	6,3	66	59,5	38	34,2	3,28

Na dimensão da promoção de saúde, a opção mais vezes selecionada, em qualquer um dos itens foi “*Às vezes*”. Mais uma vez é residual o número de respostas “*Nunca*”.

Gráfico 6: Percepção da qualidade dos cuidados quanto à promoção da saúde



Neste caso, o score médio obtido de 9,34 (DP=1,443) foi novamente superior ao ponto de corte (7,5).

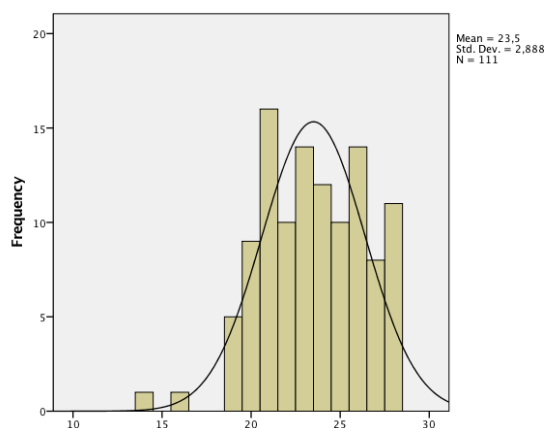
Fragata (2011) salientou a importância da segurança do doente, como fator integrante da qualidade dos cuidados de saúde, nomeadamente através da implementação de estratégias que previnam a ocorrência de complicações. Na área da **prevenção de complicações**, foram obtidos os seguintes resultados (Tabela 7; Gráfico 7):

Tabela 7: Percepção da qualidade dos cuidados quanto à prevenção de complicações

	Nunca		Poucas vezes		Às vezes		Sempre		Média
	N	%	N	%	N	%	N	%	
a) Os enfermeiros identificam os problemas potenciais do cliente	0	0	4	3,6	50	45	57	51,4	3,48
b) Os enfermeiros prescrevem e implementam intervenções com vista à prevenção de complicações	0	0	4	3,6	52	46,8	55	51,4	3,22
c) Os enfermeiros avaliam as intervenções que contribuem para evitar problemas ou minimizar os efeitos indesejáveis	0	0	8	7,2	62	55,9	41	36,9	3,30
d) Os enfermeiros demonstram o rigor técnico / científico na implementação das intervenções de enfermagem.	1	0,9	4	3,6	58	52,3	48	43,2	3,38
e) Os enfermeiros referenciam situações problemáticas identificadas para outros profissionais, de acordo com os mandatos sociais.	1	0,9	12	10,8	65	58,6	33	29,7	3,17
f) Os enfermeiros supervisionam as atividades que concretizam as intervenções de enfermagem e as atividades que delegam.	0	0	5	4,5	77	69,4	29	26,1	3,22
g) Os enfermeiros demonstram responsabilidade pelas decisões que tomam, pelos atos que praticam e que delegam.	0	0	1	0,9	53	47,7	57	51,4	3,50

À semelhança das dimensões anteriores, a tendência de resposta foi positiva, sendo quase inexistentes as opções “Nunca” e “Poucas vezes”.

Gráfico 7: Percepção da qualidade dos cuidados quanto à prevenção de complicações



Em relação à prevenção de complicações é possível verificar um score médio de 23,5 pontos (DP=2,888), face a um ponto de corte de 17,5.

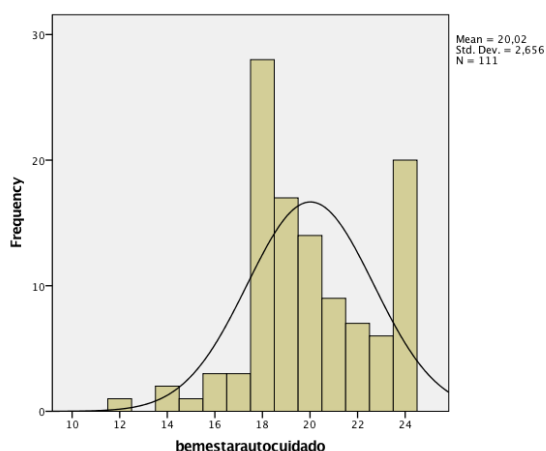
Tendo a saúde como um estado mental de bem-estar, este deve constituir uma meta aquando da prestação de cuidados de enfermagem. Por outro lado, cabe ao enfermeiro a obrigação de apoiar o cliente na sua própria recuperação, promovendo o autocuidado nas suas atividades de vida diária. Assim, no âmbito do **bem-estar e autocuidado**, obtivemos os seguintes resultados (Tabela 8; Gráfico 8):

Tabela 8: Percepção da qualidade dos cuidados quanto ao bem-estar e autocuidado.

	Nunca		Poucas vezes		Às vezes		Sempre		Média
	N	%	N	%	N	%	N	%	
a) Os enfermeiros identificam os problemas do cliente que contribuem para aumentar o bem-estar e a realização das suas atividades de vida.	1	0,9	2	1,8	63	56,8	45	40,5	3,67
b) Os Enfermeiros prescrevem e implementam intervenções que contribuem para aumentar o bem-estar e a realização das atividades de vida dos clientes.	0	0	5	4,5	67	60,4	39	35,1	3,31
c) Os enfermeiros avaliam as intervenções que contribuem para aumentar o bem-estar e a realização das atividades de vida dos clientes	0	0	6	5,4	68	61,3	37	33,3	3,28
d) Os enfermeiros demonstram o rigor técnico/científico na implementação das intervenções de enfermagem que contribuem para aumentar o bem-estar e a realização das atividades de vida dos clientes	0	0	7	6,3	58	52,3	46	41,4	3,35
e) Os enfermeiros referenciam situações problemáticas identificadas que contribuem para aumentar o bem-estar e a realização das atividades de vida dos clientes.	0	0	8	7,2	70	63,1	33	29,7	3,23
f) Os enfermeiros demonstram responsabilidade pelas decisões que tomam, pelos atos que praticam e que delegam	0	0	3	2,7	51	45,9	57	51,4	3,49

Mais uma vez, em relação à dimensão do bem-estar e autocuidado, observamos apenas uma resposta “Nunca”, sendo baixa a percentagem de respostas “Poucas vezes”.

Gráfico 8: Percepção da qualidade dos cuidados quanto ao bem-estar e autocuidado.



O ponto de corte da componente do bem-estar e autocuidado era de 15 ponto, tendo sido obtido uma média 20,02 (DP=2,656)

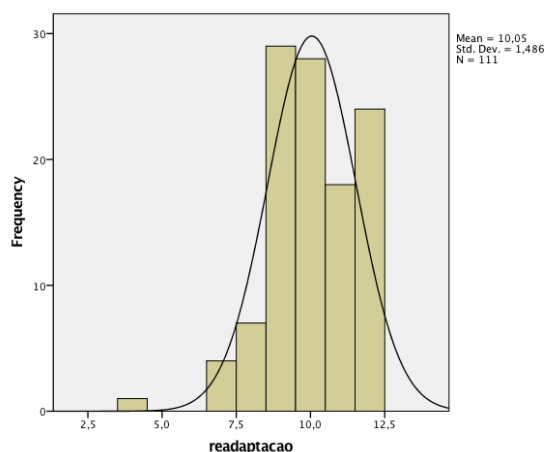
No âmbito da **reabilitação funcional**, os enfermeiros devem ser capazes de identificar e envolver os recursos da comunidade e as pessoas significativas para o doente no processo de adesão ao regime terapêutico, assegurando a continuidade dos cuidados. Tendo em conta estes parâmetros obtivemos os seguintes resultados (Tabela 9; Gráfico 9):

Tabela 9: Percepção da qualidade dos cuidados quanto à reabilitação funcional.

	Nunca		Poucas vezes		Às vezes		Sempre		Média
	N	%	N	%	N	%	N	%	
a) Os enfermeiros dão continuidade ao processo de prestação de cuidados de enfermagem	1	0,9	3	2,7	55	49,5	52	46,8	3,52
c) Os Enfermeiros otimizam as capacidades do cliente e conviventes significativos para gerir o regime terapêutico prescrito.	1	0,9	6	5,4	63	56,8	41	36,9	3,30
d) Os enfermeiros ensinam, instruem e treinam o cliente sobre a adaptação individual requerida face à readaptação funcional.	0	0	10	9	55	49,5	46	41,4	3,32

A garantia da continuidade dos cuidados e gestão do regime terapêutico na comunidade apresentam um score elevado, com predominância da resposta “Às vezes”.

Gráfico 9: Percepção da qualidade dos cuidados quanto à reabilitação funcional.



No que diz respeito à readaptação funcional, o score médio foi de 10,05 (DP=1,486), sendo o ponto de corte de 7,5.

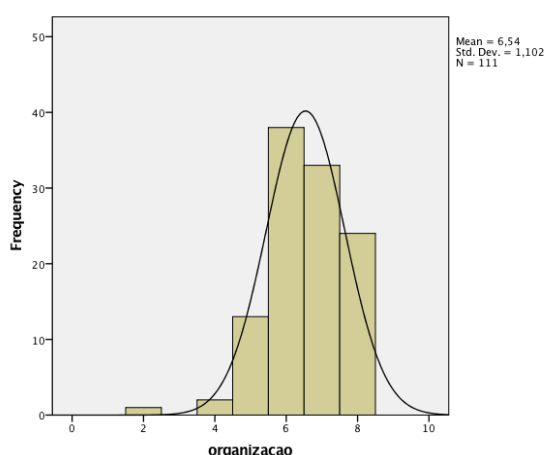
Por fim, no que diz respeito à **organização dos cuidados**, é focada a necessidade de domínio dos sistemas de apoio à documentação em enfermagem, assim como o conhecimento das políticas do hospital, potenciando a sua eficácia (Tabela 10; Gráfico 10):

Tabela 10: Percepção da qualidade dos cuidados quanto à organização dos cuidados.

	Nunca		Poucas vezes		Às vezes		Sempre		Média
	N	%	N	%	N	%	N	%	
a) Os enfermeiros dominam o sistema de registos de enfermagem.	1	0,9	9	8,1	52	46,8	49	44,1	3,34
b) Os enfermeiros conhecem as políticas do hospital	1	0,9	10	9	66	59,5	34	30,6	3,20

No que concerne à organização dos cuidados, as respostas apontam para o conhecimento das políticas do hospital por parte dos profissionais, assim como o domínio do sistema de documentação em enfermagem, apesar da resposta “*Sempre*” ser menos frequente que a opção “*Às vezes*”.

Gráfico 10: Percepção da qualidade dos cuidados quanto à organização dos cuidados.



Tendo um ponto de corte previsto de 5 pontos, foi possível verificar um score médio superior, 6,54 (DP=1,102).

Em suma, dos resultados obtidos, apesar de os resultados serem consideravelmente positivos, consideramos importante salientar a predominância de respostas do tipo “às vezes” em relação às demais possibilidades de resposta.

3.3 Avaliação da satisfação dos profissionais com a duração e tipologia de horário

Na terceira parte do nosso questionário pretendemos verificar, de um modo geral, qual a percepção dos enfermeiros acerca do impacto da duração e tipologia do turno que realizavam com maior frequência na continuidade, segurança e organização dos cuidados, assim como no seu tempo livre, na gestão da vida familiar, propensão para a fadiga e stress e na satisfação (Tabela 11; Gráfico 11).

Da análise dos dados podemos verificar uma opinião favorável (“*Concordo*” + “*Concordo completamente*”) em relação ao impacto da duração e tipologia de horário na continuidade dos cuidados (83,8%), na segurança dos cuidados (72,1%), na gestão do tempo para os registos de enfermagem (79,3%) e na organização dos cuidados (82,9%). É possível também observar uma tendência muito positiva na relação entre a duração e tipologia de horários praticados e a propensão para a fadiga e stress (75,6% de respostas positivas)

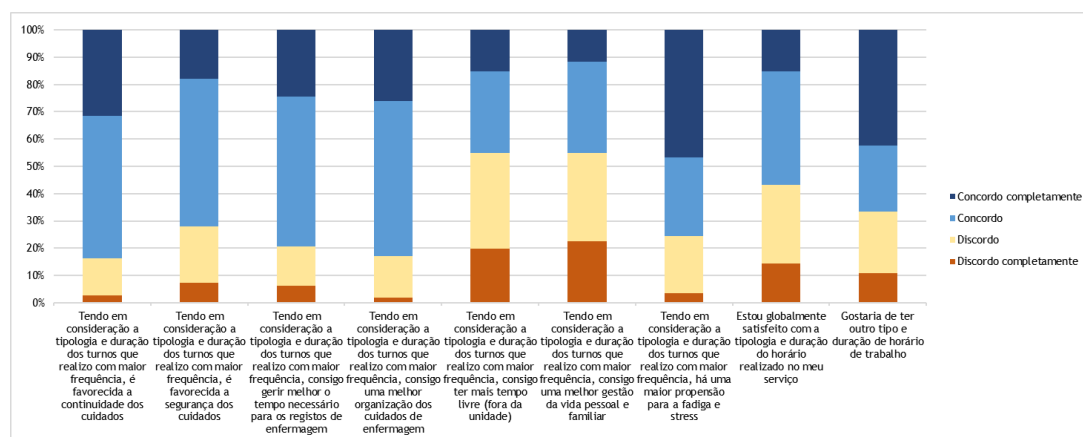
Por outro lado, apenas 45% dos indivíduos referem que o tipo e duração de horário praticado lhes permite mais tempo fora da unidade e uma melhor gestão da vida pessoal e familiar

Tabela 11: Percepção geral do impacto da tipologia e duração do horário.

	Discordo completamente		Discordo		Concordo		Concordo completamente	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Tendo em consideração a tipologia e duração dos turnos que realizo com maior frequência, é favorecida a continuidade dos cuidados	3	2,7	15	13,5	58	52,3	35	31,5
Tendo em consideração a tipologia e duração dos turnos que realizo com maior frequência, é favorecida a segurança dos cuidados	8	7,2	23	20,7	60	54,1	20	18
Tendo em consideração a tipologia e duração dos turnos que realizo com maior frequência, consigo gerir melhor o tempo necessário para os registos de enfermagem	7	6,3	16	14,4	61	55	27	24,3
Tendo em consideração a tipologia e duração dos turnos que realizo com maior frequência, consigo uma melhor organização dos cuidados de enfermagem	2	1,8	17	15,3	63	56,8	29	26,1
Tendo em consideração a tipologia e duração dos turnos que realizo com maior frequência, consigo ter mais tempo livre (fora da unidade)	22	19,8	39	35,1	33	29,7	17	15,3
Tendo em consideração a tipologia e duração dos turnos que realizo com maior frequência, consigo uma melhor gestão da vida pessoal e familiar	25	22,5	36	32,4	37	33,3	13	11,7
Tendo em consideração a tipologia e duração dos turnos que realizo com maior frequência, há uma maior propensão para a fadiga e stress	4	3,6	23	20,7	32	28,8	52	46,8
Estou globalmente satisfeito com a tipologia e duração do horário realizado no meu serviço	16	14,4	32	28,8	46	41,4	17	15,3
Gostaria de ter outro tipo e duração de horário de trabalho	12	10,8	25	22,5	27	24,3	47	42,3

No que concerne à satisfação global com o horário praticado, é possível verificar que 56,7% dos indivíduos têm uma opinião favorável. Contudo, 66,6% dos profissionais gostariam de experimentar outro tipo de horário, sendo possível perceber que há enfermeiros que apesar de manifestarem estar satisfeitos com o tipo e duração de horário praticado, gostariam de ter outro tipo de horário.

Gráfico 11: Percepção geral do impacto da tipologia e duração do horário



Estes dados apenas espelham a percepção geral do impacto da duração e tipo de horário nos vários itens. No entanto, para perceber o verdadeiro impacto da duração do horário, faremos mais adiantes um estudo da associação entre as variáveis apresentadas.

3.4 Evidencia do impacto na percepção da qualidade dos cuidados de enfermagem

Neste capítulo procuramos descrever, com recurso a testes estatísticos, o modo como a percepção da qualidade total dos cuidados de enfermagem, assim como cada uma das suas componentes em estudo (recorrendo à EPAECQC), são influenciadas por variáveis como o sexo, tipo de serviço, tipo de contrato, tipologia de horário e duração dos turnos.

Quadro 12: Sexo e a percepção da qualidade dos cuidados de enfermagem.

	Hipótese nula	Teste	Sig.	Decisão
1	A distribuição dos valores da “Qualidade total” é semelhante nas categorias do “sexo”	U de Mann-Witney para amostras independentes	0,366	Manter hipótese nula
2	A distribuição dos valores da “Satisfação cliente” é semelhante nas categorias do “sexo”	U de Mann-Witney para amostras independentes	0,263	Manter hipótese nula
3	A distribuição dos valores da “Promoção saúde” é semelhante nas categorias do “sexo”	U de Mann-Witney para amostras independentes	0,185	Manter hipótese nula
4	A distribuição dos valores da “Prevenção complicações” é semelhante nas categorias do “sexo”	U de Mann-Witney para amostras independentes	0,951	Manter hipótese nula
5	A distribuição dos valores da “Bem-estar e autocuidado” é semelhante nas categorias do “sexo”	U de Mann-Witney para amostras independentes	0,209	Manter hipótese nula
6	A distribuição dos valores da “Readaptação funcional” é semelhante nas categorias do “sexo”	U de Mann-Witney para amostras independentes	0,394	Manter hipótese nula
7	A distribuição dos valores da “Organização cuidados” é semelhante nas categorias do “sexo”.	U de Mann-Witney para amostras independentes	0,840	Manter hipótese nula.

No que diz respeito ao sexo dos indivíduos, masculino ou feminino, não verificamos uma associação estatisticamente significativa com a percepção da qualidade total ($p>0,05$). O mesmo se observa ao analisar cada uma das suas componentes: satisfação do cliente, promoção da saúde, prevenção das complicações, bem-estar e autocuidado, readaptação funcional e organização dos cuidados (Quadro 12).

De igual modo, não foi possível observar associações estatisticamente significativas ($p>0,05$) entre percepção da qualidade dos cuidados e o **tipo de serviço** (Quadro 13).

Quadro 13: Tipo de serviço e a percepção da qualidade dos cuidados de enfermagem.

	Hipótese nula	Teste	Sig.	Decisão
1	A distribuição dos valores da “Qualidade total” é semelhante nas categorias do “Serviço”	Kruskal-Wallis amostras independ.	0,500	Manter hipótese nula
2	A distribuição dos valores da “Satisfação cliente” é semelhante nas categorias do “Serviço”	Kruskal-Wallis amostras independ.	0,106	Manter hipótese nula
3	A distribuição dos valores da “Promoção saúde” é semelhante nas categorias do “Serviço”	Kruskal-Wallis amostras independ.	0,119	Manter hipótese nula
4	A distribuição dos valores da “Prevenção complicações” é semelhante nas categorias do “Serviço”	Kruskal-Wallis amostras independ.	0,442	Manter hipótese nula
5	A distribuição dos valores da “Bem-estar e autocuidado” é semelhante nas categorias do “Serviço”	Kruskal-Wallis amostras independ.	0,354	Manter hipótese nula
6	A distribuição dos valores da “Readaptação funcional” é semelhante nas categorias do “Serviço”	Kruskal-Wallis amostras independ.	0,978	Manter hipótese nula
7	A distribuição dos valores da “Organização cuidados” é semelhante nas categorias do “Serviço”.	Kruskal-Wallis amostras independ.	0,194	Manter hipótese nula.

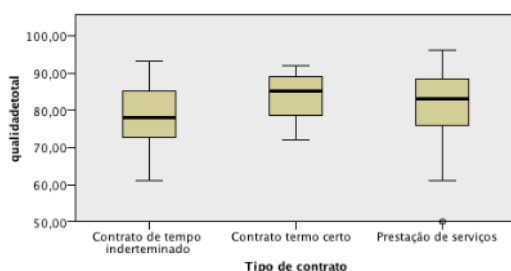
Quando analisada relação entre o **tipo de contrato** e a percepção da qualidade, já foi possível verificar algumas associações estatisticamente significativas ($p < 0,05$) no que diz respeito à “qualidade total” ($p = 0,028$), assim como na componente da “promoção da saúde” ($p = 0,006$) e “prevenção de complicações” ($p = 0,024$) (Quadro 14).

Quadro 14: Tipo de contrato e a percepção da qualidade dos cuidados de enfermagem

	Hipótese nula	Teste	Sig.	Decisão
1	A distribuição dos valores da “Qualidade total” é semelhante nas categorias do “Tipo de contrato”	Kruskal-Wallis amostras independ.	0,028	Rejeitar a hipótese nula
2	A distribuição dos valores da “Satisfação cliente” é semelhante nas categorias do “Tipo de contrato”	Kruskal-Wallis amostras independ.	0,218	Manter hipótese nula.
3	A distribuição dos valores da “Promoção saúde” é semelhante nas categorias do “Tipo de contrato”	Kruskal-Wallis amostras independ.	0,006	Rejeitar a hipótese nula
4	A distribuição dos valores da “Prevenção complicações” é semelhante nas categorias do “Tipo de contrato”	Kruskal-Wallis amostras independ.	0,024	Rejeitar a hipótese nula
5	A distribuição dos valores da “Bem-estar e autocuidado” é semelhante nas categorias do “Tipo de contrato”	Kruskal-Wallis amostras independ.	0,158	Manter hipótese nula
6	A distribuição dos valores da “Readaptação funcional” é semelhante nas categorias do “Tipo de contrato”	Kruskal-Wallis amostras independ.	0,207	Manter hipótese nula
7	A distribuição dos valores da “Organização cuidados” é semelhante nas categorias do “Tipo de contrato”.	Kruskal-Wallis amostras independ.	0,391	Manter hipótese nula

Em relação à percepção da “qualidade total” é possível verificar valores superiores no grupo dos indivíduos com contrato a termo certo, seguido pelo grupo dos profissionais com contrato de prestação de serviço e, por fim, os enfermeiros com contrato por tempo indeterminado (Gráfico 12).

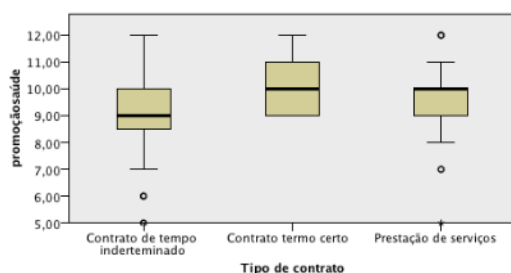
Gráfico 12: Tipo de contrato e a percepção da qualidade total



Com a aplicação do teste de *Kruskal-Wallis*, obtivemos um nível de significância estatística de 0,028, sendo possível confirmar a existência de uma associação entre as duas variáveis.

A mesma tendência foi identificada quando estudamos o modo como tipo de contrato está associado à percepção da qualidade na componente “promoção da saúde” (Gráfico 13).

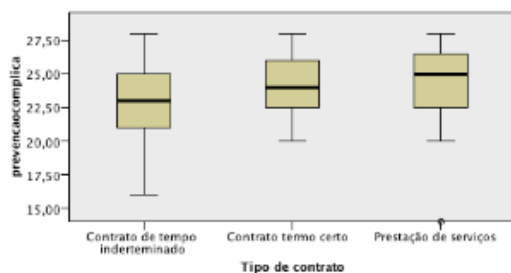
Gráfico 13: Tipo de contrato e a promoção da saúde



Neste caso, o nível de significância estatística foi de 0,006, obtido de igual modo através do teste de *Kruskal-Wallis*.

Já no que se refere à percepção da qualidade, na componente da “prevenção de complicações”, observaram-se scores superiores (médias) nos indivíduos com contrato de prestação de serviços, seguidos pelos contratos por tempo certo e, por fim, pelos enfermeiros com contrato por tempo indeterminado (Gráfico 14).

Gráfico 14: Tipo de contrato e a prevenção de complicações



De acordo com o teste estatístico aplicado (*Kruskal-Wallis*) foi possível observar uma associação estatisticamente significativa entre as duas variáveis em estudo ($p=0,024$).

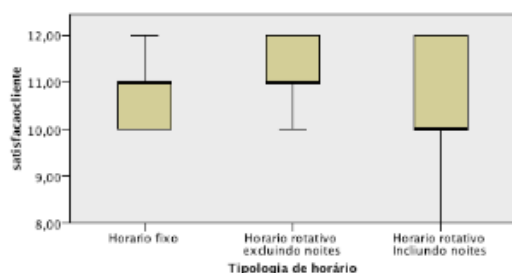
Ao analisarmos a relação entre a percepção da qualidade dos cuidados e a tipologia de horário (Fixo, rotativo com noites ou rotativo sem noites), apesar de não terem sido observada uma associação estatisticamente significativa ($p>0,05$) no que diz respeito à “qualidade total”, esta existe nas componentes “satisfação do cliente” e “bem-estar e autocuidado” ($p<0,05$) (Quadro 15).

Quadro 15: Tipologia de horário e a percepção da qualidade dos cuidados de enfermagem

	Hipótese nula	Teste	Sig.	Decisão
1	A distribuição dos valores da “Qualidade total” é semelhante nas categorias do “Tipologia de horário”	Kruskal-Wallis amostras independ.	0,092	Manter hipótese nula.
2	A distribuição dos valores da “Satisfação cliente” é semelhante nas categorias do “Tipologia de horário”	Kruskal-Wallis amostras independ.	0,038	Rejeitar a hipótese nula
3	A distribuição dos valores da “Promoção saúde” é semelhante nas categorias do “Tipologia de horário”	Kruskal-Wallis amostras independ.	0,115	Manter hipótese nula
4	A distribuição dos valores da “Prevenção complicações” é semelhante nas categorias do “Tipologia de horário”	Kruskal-Wallis amostras independ.	0,613	Manter hipótese nula
5	A distribuição dos valores da “Bem-estar e autocuidado” é semelhante nas categorias do “Tipologia de horário”	Kruskal-Wallis amostras independ.	0,021	Rejeitar a hipótese nula
6	A distribuição dos valores da “Readaptação funcional” é semelhante nas categorias do “Tipologia de horário”	Kruskal-Wallis amostras independ.	0,190	Manter hipótese nula
7	A distribuição dos valores da “Organização cuidados” é semelhante nas categorias do “Tipologia de horário”.	Kruskal-Wallis amostras independ.	0,667	Manter hipótese nula

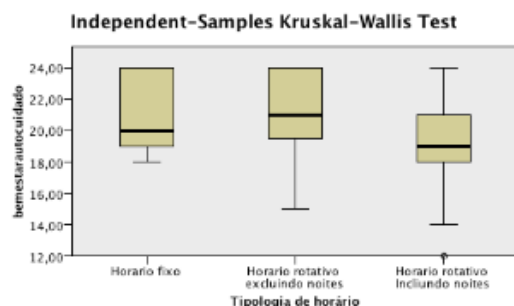
Em relação à percepção da qualidade de acordo com as componentes da “satisfação do cliente” e “bem-estar e autocuidado” (gráficos 15 e 16), é possível constatar a existência de médias superiores no grupo de indivíduos com horário rotativo (excluindo noites), seguidos pelo grupo dos profissionais com horário fixo e, finalmente, pelos enfermeiros com horário rotativo com noites.

Gráfico 15: Tipologia de horário e a satisfação do cliente



No que diz respeito à associação entre a tipologia de horário e a percepção da qualidade, na componente “satisfação do cliente”, é possível afirmar que é estatisticamente significativa ($p=0,018$).

Gráfico 16: Tipologia de horário e o bem-estar e autocuidado



O mesmo pode ser afirmado acerca da associação entre a tipologia de horário e a percepção da qualidade na componente do “bem-estar e autocuidado” ($p=0,021$).

Por último, procurando a responder à questão de partida deste estudo, não observamos uma associação estatisticamente significativa ($p>0,05$) entre a percepção da “qualidade total” e a duração dos turnos, nem em nenhuma das suas componentes, com a exceção do “bem-estar e autocuidado” ($p=0,04$) (Quadro 16).

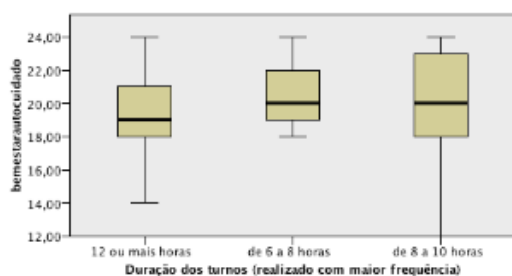
Quadro 16: Duração dos turnos e a percepção da qualidade dos cuidados de enfermagem.

	Hipótese nula	Teste	Sig.	Decisão
1	A distribuição dos valores da “Qualidade total” é semelhante nas categorias do “Duração do turno”	Kruskal-Wallis amostras independ.	178,000	Manter hipótese nula.
2	A distribuição dos valores da “Satisfação cliente” é semelhante nas categorias do “Duração do turno”	Kruskal-Wallis amostras independ.	205,000	Manter hipótese nula.
3	A distribuição dos valores da “Promoção saúde” é semelhante nas categorias do “Duração do turno”	Kruskal-Wallis amostras independ.	166,000	Manter hipótese nula.
4	A distribuição dos valores da “Prevenção complicações” é semelhante nas categorias do “Duração do turno”	Kruskal-Wallis amostras independ.	511,000	Manter hipótese nula.
5	A distribuição dos valores da “Bem-estar e autocuidado” é semelhante nas categorias do “Duração do turno”	Kruskal-Wallis amostras independ.	40,000	Rejeitar a hipótese nula
6	A distribuição dos valores da “Readaptação funcional” é semelhante nas categorias do “Duração do turno”	Kruskal-Wallis amostras independ.	109,000	Manter hipótese nula.
7	A distribuição dos valores da “Organização cuidados” é semelhante nas categorias do “Duração do turno”.	Kruskal-Wallis amostras independ.	491,000	Manter hipótese nula.

Perante estes dados, podemos **rejeitar a hipótese 1** “**Existe uma associação estatisticamente significativa entre a duração dos turnos e a percepção da qualidade dos cuidados de enfermagem no hospital privado do Porto**”.

De acordo com o gráfico 17, tendo em consideração a percepção da qualidade dos cuidados no que diz respeito ao “bem-estar e autocuidado”, a média mais baixa diz respeito ao grupo de indivíduos com turnos de 12 horas. No outro extremo, ou seja, onde se obtiveram scores mais elevados, está o grupo de indivíduos com turnos de seis a oito horas de trabalho.

Gráfico 17: Duração dos turnos e o bem-estar e autocuidado



Tendo obtido um valor de significância estatística de 0,04, com recursos ao teste de Kruskal-Wallis, é possível afirmar a existência de uma associação estatisticamente significativa entre a duração dos turnos e a percepção da qualidade na componente do “bem-estar e autocuidado”.

3.5 Evidencia do impacto da duração dos turnos na satisfação dos profissionais.

Além do principal objetivo definido para a nossa investigação, pretendemos ainda a analisar o impacto da duração dos turnos (em vigor na instituição), na continuidade, segurança e organização dos cuidados, assim como no tempo livre proporcionado, na gestão da vida familiar, propensão para a fadiga e stress e na satisfação.

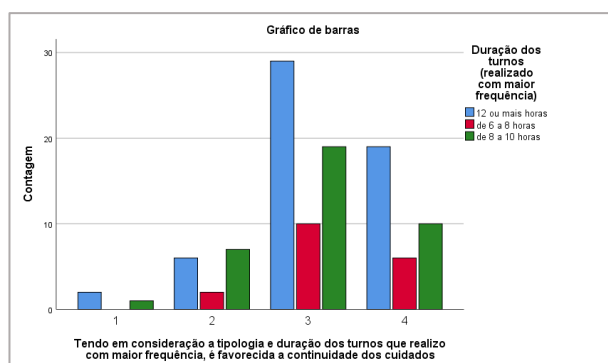
Tal como vimos anteriormente, existia uma opinião geral favorável (“*Concordo*” + “*Concordo completamente*”) quanto ao impacto da duração e tipologia de horário na continuidade dos cuidados (83,8%), na segurança dos cuidados (72,1%), na gestão do tempo para os registos de enfermagem (79,3%) e na organização dos cuidados (82,9%). O mesmo se verificava em relação ao impacto da duração dos turnos na propensão para a fadiga e stress, onde 75,6% das respostas eram positivas.

Quadro 17: Impacto da duração dos turnos na continuidade, segurança e organização dos cuidados, gestão da vida pessoal e familiar e propensão para fadiga e stress.

	Teste estatístico	Significância Assintótica (Bilateral)
Tendo em consideração a tipologia e duração dos turnos que realizo com maior frequência, é favorecida a continuidade dos cuidados	Qui-quadrado Pearson	0,895
Tendo em consideração a tipologia e duração dos turnos que realizo com maior frequência, é favorecida a segurança dos cuidados	Qui-quadrado Pearson	0,053
Tendo em consideração a tipologia e duração dos turnos que realizo com maior frequência, consigo gerir melhor o tempo necessário para os registos de enfermagem	Qui-quadrado Pearson	0,052
Tendo em consideração a tipologia e duração dos turnos que realizo com maior frequência, consigo uma melhor organização dos cuidados de enfermagem	Qui-quadrado Pearson	0,206
Tendo em consideração a tipologia e duração dos turnos que realizo com maior frequência, consigo ter mais tempo livre (fora da unidade)	Qui-quadrado Pearson	0,343
Tendo em consideração a tipologia e duração dos turnos que realizo com maior frequência, consigo uma melhor gestão da vida pessoal e familiar	Qui-quadrado Pearson	0,129
Tendo em consideração a tipologia e duração dos turnos que realizo com maior frequência, há uma maior propensão para a fadiga e stress	Qui-quadrado Pearson	0,126

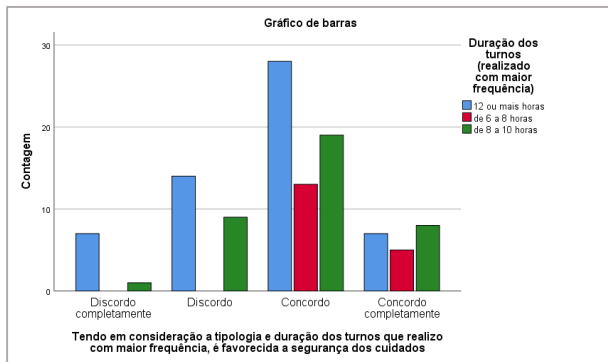
Com o intuito de aprofundar o nosso estudo, fomos verificar através da aplicação de testes estatísticos, o modo como cada possibilidade de duração dos turnos influencia estas variáveis, não tendo encontrado nenhuma associação estatisticamente significativa ($p>0,05$) (Quadro 17).

Gráfico 18: Duração dos turnos e continuidade dos cuidados.



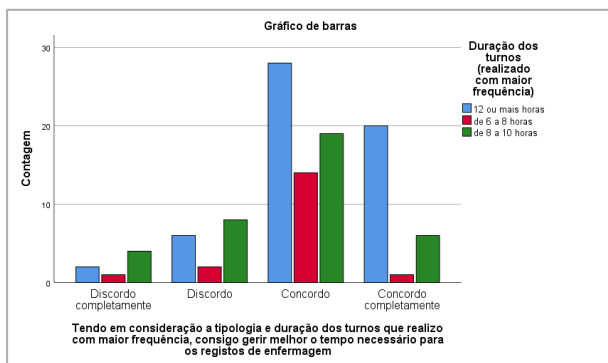
Ao analisar o modo como as respostas variam de acordo com a duração do turno, em relação à continuidade dos cuidados (Gráfico 18), observamos que a distribuição é semelhante entre os grupos.

Gráfico 19: Duração dos turnos e segurança dos cuidados.



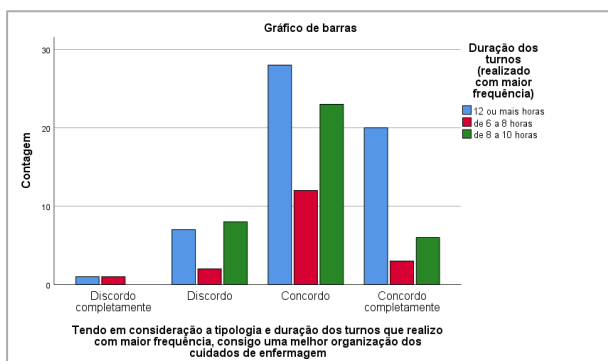
O mesmo pode ser observado quando analisamos a distribuição das respostas relativas à segurança dos cuidados, de acordo com a duração do horário praticado (Gráfico 19). No entanto, salientamos a ausência de respostas “*Discordo completamente*” e “*Discordo*”, nos turnos de seis a oito horas.

Gráfico 20: Duração dos turnos e o tempo para registos.



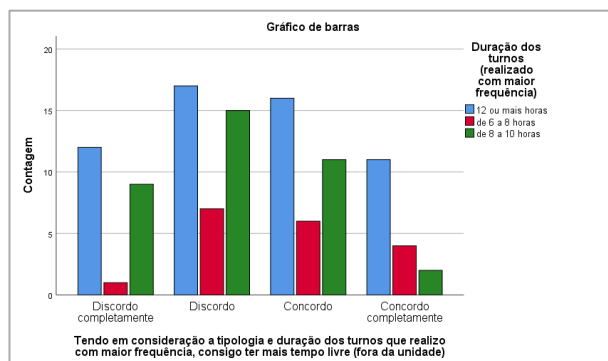
No que diz respeito ao impacto da duração dos turnos no tempo disponível para os registos (Gráfico 20), é possível novamente observar uma distribuição semelhante das respostas com claro predomínio da resposta “*Concordo*”.

Gráfico 21: Duração dos turnos e a organização dos cuidados.



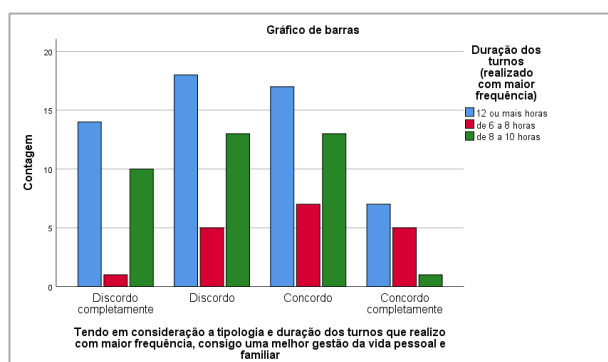
Em relação ao impacto da duração dos turnos na organização dos cuidados, novamente prevaleceu a resposta “*Concordo*”, independentemente da duração de horário praticada (Gráfico 21).

Gráfico 22: Duração dos turnos e o tempo livre



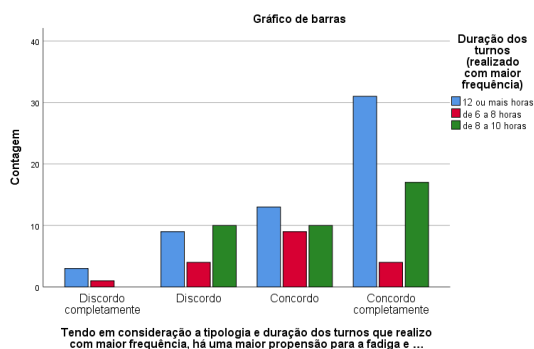
Analisando o impacto da duração dos turnos no tempo livre fora da unidade, consideramos importante salientar o que a proporção de respostas “*Discordo completamente*”, é ligeiramente superior nos turnos de 12 ou mais horas, em relação às outras opções de duração dos turnos (Gráfico22).

Gráfico 23: Duração dos turnos e a gestão da vida pessoal e familiar.



No que diz respeito ao impacto da duração dos turnos na gestão da vida pessoal e familiar, apesar de não existir uma associação estatisticamente significativa ($p=0,129$), é possível observar uma tendência de resposta mais positiva nos turnos de seis a oito horas (Gráfico 23).

Gráfico 24: Duração dos turnos e a propensão para a fadiga e stress



No entanto, ao analisar a relação entre a duração dos turnos e a propensão para a fadiga e stress, apesar de não existir uma associação estatisticamente significativa ($p=0,126$), é possível observar que nos turnos de 12 horas a proporção da resposta “*Concordo completamente*”, face às outras possibilidades de resposta, parece ser superior. Por outro lado, considerando o grupo dos indivíduos com turnos de 6 a 8 horas, a resposta mais prevalente foi “*Concordo*”, contrariando as outras duas opções de duração de turno.

Deste modo, perante os resultados obtidos podemos **rejeitar as hipóteses H3**: “*Existe uma associação estatisticamente significativa entre a duração dos turnos e a percepção da continuidade dos cuidados de enfermagem no hospital privado do Porto*” ($p=0,895$), **H4**: “*Existe uma associação estatisticamente significativa entre a duração dos turnos e a percepção de segurança dos cuidados de enfermagem no hospital privado do Porto*” ($p=0,053$).

É possível ainda **rejeitar as hipóteses H5**: “*Existe uma associação estatisticamente significativa entre a duração dos turnos e a percepção do tempo disponível para efetuar registos de enfermagem*” ($p=0,052$) **H6**: “*Existe uma associação estatisticamente significativa entre a duração dos turnos e a organização dos cuidados de enfermagem no hospital privado do Porto*” ($p=0,206$), **H7**: “*Existe uma associação estatisticamente significativa entre a duração dos turnos e a percepção do tempo livre fora do hospital privado do Porto*” ($p=0,343$).

Rejeitamos também as hipóteses H8: “*Existe uma associação estatisticamente significativa entre a duração dos turnos e a gestão da vida pessoal e familiar dos enfermeiros do hospital privado do Porto*” ($p=0,129$) e **H9**: “*Existe uma associação estatisticamente significativa entre a duração dos turnos e a percepção da propensão para a fadiga e stress dos enfermeiros do hospital privado do Porto*” ($p=0,126$).

Ao estudarmos a relação existente entre a duração dos turnos que cada profissional realiza e o respetivo grau de satisfação de satisfação com o mesmo, verificamos uma associação estatisticamente significativa entre os grupos ($p=0,026$), através do teste Qui-quadrado de Pearson. Assim, verificamos scores mais elevados em termos de satisfação nos

horários de 6 a 8 horas (83%; N=15), seguidos pelos os horários de 12 horas (51,7%; N=29) e por fim os horários de 8 a 10 horas (51,3%; N=19) (Quadro 18).

Quadro 18: Impacto da duração dos turnos na satisfação dos profissionais.

			Duração dos turnos (realizado com maior frequência)			Total
			12 ou mais horas	de 6 a 8 horas	de 8 a 10 horas	
Estou globalmente satisfeito com a tipologia e duração do horário realizado no meu serviço	Discordo completamente	Contagem	12 _a	1 _a	3 _a	16
		% em Duração dos turnos (realizado com maior frequência)	21,4%	5,6%	8,1%	14,4%
		% do Total	10,8%	0,9%	2,7%	14,4%
	Discordo	Contagem	15 _{a, b}	2 _b	15 _a	32
		% em Duração dos turnos (realizado com maior frequência)	26,8%	11,1%	40,5%	28,8%
		% do Total	13,5%	1,8%	13,5%	28,8%
	Concordo	Contagem	18 _a	11 _b	17 _{a, b}	46
		% em Duração dos turnos (realizado com maior frequência)	32,1%	61,1%	45,9%	41,4%
		% do Total	16,2%	9,9%	15,3%	41,4%
	Concordo completamente	Contagem	11 _a	4 _a	2 _a	17
		% em Duração dos turnos (realizado com maior frequência)	19,6%	22,2%	5,4%	15,3%
		% do Total	9,9%	3,6%	1,8%	15,3%
	Total	Contagem	56	18	37	111
		% em Duração dos turnos (realizado com maior frequência)	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		% do Total	50,5%	16,2%	33,3%	100,0%

Na presença destes resultados, podemos **confirmar a hipótese 2: “Existe uma associação estatisticamente significativa entre a duração dos turnos e a satisfação dos enfermeiros do hospital privado do Porto”**.

Por outro lado, ao estudar a associação entre a duração do horário praticado e a vontade dos profissionais em ter outro tipo de horário, não observamos qualquer diferença estatisticamente significativa ($p=0,253$) (Quadro 19).

Da análise dos dados, apesar de não existir uma associação estatisticamente significativa entre as variáveis (Qui-quadrado de Pearson com $p=0,253$), interessa ressaltar que a opção mais vezes respondida foi “*Concordo completamente*” em todos os grupos de “duração do turno” (total= 42,3%). Tal facto assume um interesse especial uma vez que, quando questionados acerca da satisfação com o horário que tinham, a resposta mais observada foi “*Concordo*”.

Quadro 19: Impacto da duração dos turnos na vontade de ter outro tipo de horário.

		Duração dos turnos (realizado com maior frequência)				
		12 ou mais horas	de 6 a 8 horas	de 8 a 10 horas	Total	
Gostaria de ter outro tipo e duração de horário de trabalho	Discordo	Contagem	8 _a	2 _a	2 _a	12
	completamente	% em Duração dos turnos (realizado com maior frequência)	14,3%	11,1%	5,4%	10,8%
		% do Total	7,2%	1,8%	1,8%	10,8%
		Discordo	Contagem	8 _a	5 _{a, b}	12 _b
		% em Duração dos turnos (realizado com maior frequência)	14,3%	27,8%	32,4%	22,5%
		% do Total	7,2%	4,5%	10,8%	22,5%
		Concordo	Contagem	12 _a	6 _a	9 _a
		% em Duração dos turnos (realizado com maior frequência)	21,4%	33,3%	24,3%	24,3%
		% do Total	10,8%	5,4%	8,1%	24,3%
		Concordo	Contagem	28 _a	5 _a	14 _a
	completamente	% em Duração dos turnos (realizado com maior frequência)	50,0%	27,8%	37,8%	42,3%
		% do Total	25,2%	4,5%	12,6%	42,3%
Total		Contagem	56	18	37	111
	% em Duração dos turnos (realizado com maior frequência)	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	% do Total	50,5%	16,2%	33,3%	100,0%	

Terminada a apresentação dos principais resultados, consideramos ter obtido dados suficientes que nos permitam, após uma análise crítico-reflexiva (Fortin, 2009), comparar com outros estudos e testar as hipóteses elaboradas, com o intuito de responder à nossa questão de partida para este estudo.

Em síntese, foi possível verificar scores médios positivos em todas as componentes da EPAECQC, face aos pontos de corte de cada, não tendo sido observada uma associação estatisticamente significativa entre a qualidade total e a duração dos turnos. Em relação à satisfação dos profissionais com a duração dos turnos, foi possível observar que é superior em turnos com duração de seis a oito horas, seguida pelos turnos de doze ou mais horas.

4. DA DURAÇÃO DOS TURNOS AO IMPACTO NA PERCEÇÃO DA QUALIDADE DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM E SATISFAÇÃO DOS PROFISSIONAIS: DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Uma vez apresentados os resultados obtidos no âmbito da nossa investigação, é tempo agora de discutir o modo como estes podem fornecer respostas às questões de investigação enunciadas no início do trabalho (Coutinho, 2011).

Com esse objetivo, após a caracterização da amostra e descrição da percepção da qualidade dos cuidados de enfermagem no hospital privado do Porto, procuraremos analisar o modo como as variáveis em estudo se relacionam, de modo a confirmar ou infirmar as hipóteses identificadas (Fortin, 2009).

Nesta fase do trabalho de investigação importa ainda comparar e relacionar os dados obtidos com outros estudos realizados neste âmbito. Nesse sentido, os resultados decorrentes da avaliação da percepção da qualidade dos cuidados, serão analisados tendo como referência os trabalhos desenvolvidos em Portugal por Martins *et al.* (2016) e Ribeiro *et al.* (2017). A análise da relação entre a duração dos turnos e restantes variáveis, será efetuada com recurso à evidência constante na revisão da literatura apresentada no início do trabalho e outras que ao longo do relatório fomos identificando.

Ao analisarmos a nossa amostra, verificamos que era composta maioritariamente por indivíduos do sexo feminino (N=83, 74,8%), assemelhando-se à amostra de Ribeiro *et al.* (2017), composta por 77,1% de mulheres, e de Martins *et al.* (2016), onde apenas 16,5% dos indivíduos eram do sexo masculino.

As idades dos participantes oscilaram entre os 22 e os 52 anos, situando-se a média nos 32,43 anos (DP=5,65), sendo inferior aos estudos de Ribeiro *et al.* (2017) e Martins *et al.* (2016), cujas médias de idades foram 36,4 e 38,5 anos respetivamente. Contudo, é de salientar que este estudo tem a particularidade de se desenvolver numa instituição de saúde privada.

No que diz respeito à experiência profissional, esta oscilou entre os 0 (menos de um ano) e os 22 anos, com uma média de 9,26 anos (DP=5,04), aproximando-se ao estudo de Ribeiro *et al.* (2017), com valor médio de experiência profissional de 12 anos, sendo consideravelmente inferior à média observada por Martins *et al.* (2016), 17,3 anos.

O objetivo do estudo levou-nos a estudar outras variáveis, que não conseguimos identificar estudos que as evidenciem para possíveis comparações como o tipo de serviço, o tipo de contrato e a carga horária.

Os tipos de serviços mais representados foram os internamentos (em conjunto), reunindo 49,5% das respostas, seguido pelos blocos operatórios (14,4%), pelos serviços de atendimento permanente com 14,4% das respostas, pelas unidades de cuidados intermédios/intensivos (10,8%), pela consulta (9,9%) e por fim pelo serviço de exames especiais, com apenas 2,7% dos indivíduos.

No que diz respeito ao tipo de contrato, a maioria dos indivíduos tem um contrato por tempo indeterminado (57,7%), sendo o grupo dos contratos por tempo certo o menos representado (13,5%), estando os restantes com contrato de prestação de serviços.

A maior parte dos enfermeiros têm uma carga horária semanal de 40 horas (87,4%), sendo o horário rotativo (com noites) a tipologia de horários mais frequente (73%). Em relação à duração dos turnos, metade dos indivíduos (50,5%) asseguram turnos de 12 horas, sendo a outra metade distribuída por indivíduos com turnos de seis a oito horas (16,2%) e por profissionais com turnos de oito a dez horas (33,3%).

Tal como foi referido no enquadramento metodológico, na segunda parte do trabalho, com recurso à EPAECQC, pretendemos avaliar a percepção da qualidade dos cuidados de enfermagem no hospital privado do Porto.

Os resultados aparentam estar alinhados com o estudos desenvolvidos por Martins e suas colaboradoras (2016), onde foi possível “ (...) *evidenciar que, na sua maioria, os enfermeiros concretizam atividades consonantes com os padrões de qualidade dos cuidados* (...) ” (p.925), assim como o trabalho de Ribeiro e suas colaboradoras (2017), onde se verificou uma tendência positiva de resposta em todos os padrões.

Ainda assim, consideramos fundamental analisar cada uma das componentes, de forma individualizada, para uma melhor compreensão dos resultados obtidos.

Segundo Sousa (2011), o conceito de **satisfação** pode ser definido como “ (...) *um estado cognitivo e emocional transitório, resultante de uma experiência única ou acumulada com um serviço, consumo ou utilização de um produto, onde um cliente satisfeito está convencido de que a aquisição de determinado produto/serviço foi algo positivo* “. O mesmo autor refere ainda que a satisfação do consumidor é fundamental para a continuidade da sua relação com o fornecedor do produto ou serviço. Nesse sentido, é fundamental garantir as condições necessárias para atender ou superar as expectativas do cliente, promovendo a sua satisfação e a continuidade da relação terapêutica.

No que diz respeito à componente da “Satisfação do cliente”, constatamos que na atividade “Os enfermeiros demonstram respeito pelas capacidades, crenças, valores e

desejos da natureza individual do cliente nos cuidados que prestam”, o score médio obtido (3,71) foi superior ao verificado por Martins *et al.* (2016) (3,53), sendo a resposta “Sempre” a mais observada (72,1%), seguida pelas respostas “Às vezes” (27%) e “Poucas vezes” (0,9%). O mesmo se verificou no estudo de Ribeiro *et al.* (2017) onde a opção “Sempre” teve 66,36% das repostas, seguido da opção “Às vezes” (33,6%) e “Poucas vezes” com 0,55% das repostas. As autoras tiveram uma resposta “Nunca”, ao contrário do nosso estudo.

Ainda na mesma componente, relativamente à atividade “Os enfermeiros procuram constantemente empatia nas interações com o cliente”, obtivemos mais uma vez um score médio (3,61) superior ao de Martins *et al.* (2016), 3,53. Comparando as respostas obtidas no decorrer da nossa investigação com o trabalho de Ribeiro *et al.* (2017), a resposta “Sempre” continua a ser maioritária (61,3% e 69,86% respetivamente), seguidas pela opção “Às vezes” (38,7% | 29,56%). As investigadoras obtiveram ainda 19 repostas “Poucas vezes” e uma resposta “Nunca”. No nosso caso, não obtivemos nenhuma resposta dessas duas opções.

Para terminar a análise da componente, no que concerne à atividade “Os enfermeiros envolvem os conviventes significativos do cliente individual no processo de cuidados”, o nosso score médio calculado foi de 3,32, superior ao valor encontrado por Martins e suas colaboradoras (2016), com um valor médio de 3,29.

Ao contrário das atividades anteriores, verificamos uma predominância de respostas “Às vezes”, tal como acontece no estudo de Ribeiro *et al.* (2017) (58,8% e 55,3% respetivamente), seguidas pela opção “Sempre” (37,8% | 33,4%). Ribeiro *et al.* (2017) referem novamente a existência de 11% de repostas “Poucas vezes”, salientando a dificuldade do enfermeiro em envolver os familiar e conviventes do doente no processo de cuidados. O mesmo se verificou no nosso estudo, ainda que com uma percentagem inferior (5,4%).

Deste modo, é possível concluir que a qualidade dos cuidados de enfermagem percebida ao nível da “satisfação do cliente” é bastante satisfatória, superando os resultados dos trabalhos de Ribeiro *et al.* (2017) e Martins *et al.* (2016).

Segundo o Código Deontológico dos Enfermeiros (2015), os enfermeiros são os responsáveis pela **promoção da saúde** da comunidade em que estão inseridos, assim como por atender adequadamente às necessidades em termos de cuidados de enfermagem diagnosticados. O conceito de promoção da saúde não é recente, constituindo um ponto fundamental na carta de Ottawa (OMS, 1986), onde é vista como um processo com o objetivo de capacitar os indivíduos e famílias para o controlo da sua saúde e bem-estar, empoderando-os no sentido da melhoria da sua saúde física, mental e social.

No que diz respeito à componente da “Promoção da saúde”, o score médio relativo à atividade “Os enfermeiros identificam as situações de saúde da população e dos recursos do cliente/ família e comunidade” (3,00), apesar de positivo, foi inferior ao verificado por

Martins *et al.* (2016) - 3,15. Para esta atividade em concreto, a resposta mais frequente foi “Às vezes” (64,9%) seguida pela opção “Sempre” (18,9%), “Poucas vezes” (13,5%) e 2,7% de respostas “Nunca”. A mesma sequência pode ser observada no estudo de Ribeiro *et al.* (2017) (66,0%, 27,5%, 6,4%, 0,1%).

A tendência de resposta mantém-se na atividade “Os enfermeiros aproveitam o internamento para promover estilos de vida saudáveis”, com 64,9% de resposta “Às vezes”, 20,7% “Sempre”, 14,4% “Poucas vezes” e sem respostas “Nunca”, tal como se verifica no estudo de Ribeiro *et al.* (2017) (53,95%, 29,88%, 15,56%, 0,6%). Neste caso, o nosso score médio foi de 3,06, inferior ao calculado por Martins *et al.* (2016) - 3,26.

Para finalizar a componente da “promoção da saúde”, tendo em consideração a atividade “Os enfermeiros fornecem informação geradora de aprendizagem cognitiva e de novas capacidades pelo cliente”, foi possível verificar uma maioria de respostas “Às vezes”, seguida das opções “Sempre” e “Poucas vezes” (59,5%, 34,2%, 6,3%), não tendo qualquer resposta do tipo “Nunca”, em paralelo com os resultados de Ribeiro *et al.* (2017) (53,96%, 29,8%, 15,56%, 0,2%). O score médio foi de 3,28, sendo semelhante ao valor encontrado por Martins *et al.* (2016) - 3,30.

Perante estes resultados da componente da promoção da saúde, podemos afirmar que apesar de terem scores médios inferiores aos do estudo de Martins *et al.* (2016), são bastante positivos, superando os achados do trabalho de Ribeiro *et al.* (2017).

Ainda assim, dada a ocorrência de respostas do tipo “Poucas vezes” e pelo facto da resposta mais frequente ser “Às vezes”, parece tratar-se de uma área na qual os enfermeiros devem focar mais a sua atenção, cumprindo os desígnios do PNS extensão a 2020 (2015), com foco na promoção de políticas saudáveis e de ambientes promotores de saúde e bem-estar das populações.

Tal como referem Sousa, Martins e Pereira (2015), para a assegurar o sucesso em termos de promoção de saúde, é fundamental uma abordagem centrada nos processos adaptativos dos clientes e das comunidades, e não tanto no modelo biomédico, centrado na doença.

Tendo por base o conceito de qualidade na saúde defendido por Fragata (2011), na qual esta resulta da tríade: Efetividade/Experiência do cliente/Segurança, é fundamental a **prevenção de complicações** para os doentes, através da identificação dos seus problemas, assim como da implementação, supervisão e validação do impacto de estratégias para prevenir complicações, dotadas de rigor técnico e científico.

No que diz respeito à componente da “prevenção de complicações”, relativamente à atividade “Os enfermeiros identificam os problemas potenciais do cliente”, o score médio do nosso estudo (3,48) foi semelhante ao de Martins *et al.* (2016) - 3,44, sendo maioritária a resposta “Sempre” (51,4%), seguida por “Às vezes” (45,0%) e “poucas vezes” (3,6%), não

tendo sido registadas respostas “Nunca”. No trabalho de Ribeiro *et al.* (2017), esta atividade teve a mesma sequência de respostas (57,6%, 41%, 1,3% e 0,1% de respostas “Nunca”).

Na atividade “Os enfermeiros prescrevem e implementam intervenções com vista à prevenção de complicações”, as respostas obtidas foram mais uma vez semelhantes às do estudo de Ribeiro *et al.* (2017), com predomínio da opção “Sempre” (51,4% / 58,16%), seguido e “Às vezes” (46,8% / 39,55%), “Poucas vezes” (3,6% / 2,09%) e “Nunca” (0% / 0,2%). Nesta atividade foi obtido um score médio de 3,22, sendo inferior ao de Martins *et al.* (2016) - 3,44.

Quando analisamos a atividade “Os enfermeiros avaliam as intervenções que contribuem para evitar problemas ou minimizar os efeitos indesejáveis”, mais uma vez o score médio de respostas (3,30), apesar de bastante positivo, foi inferior ao de Martins *et al.* (2016) - 3,40. Neste caso, observamos uma maior tendência de resposta “Às vezes”, com 55,9%, enquanto que no estudo de Ribeiro *et al.* (2017) a maioria das respostas continuou a ser “Sempre”, com 54,4% das respostas.

Relativamente à atividade “Os enfermeiros demonstram o rigor técnico / científico na implementação das intervenções de enfermagem”, o nosso score médio foi muito semelhante ao score obtido no trabalho de Martins *et al.* (2016) (3,38 / 3,41). No entanto, comparando os resultados obtidos com o estudo de Ribeiro, foi possível observar que ao contrário deste em que a resposta mais frequente foi “Sempre” 78,2%, no nosso estudo a opção mais respondida foi “Às vezes”, com 58,6% das respostas. Em ambos estudos é residual a percentagem de respostas “Poucas vezes” e “Nunca”.

Perante estes resultados podemos verificar que, apesar de existir a preocupação com o rigor técnico/ científico nos cuidados de enfermagem, ele nem sempre se verifica, constituindo uma oportunidade de melhoria, no sentido de o sistematizar nas atividades de enfermagem.

No que diz respeito à atividade “Os enfermeiros referenciam situações problemáticas identificadas para outros profissionais, de acordo com os mandatos sociais”, mais uma vez o score médio foi positivo (3,17), mas inferior ao de Martins *et al.* (2016) - 3,33. Neste caso, a resposta maioritária foi “Às vezes” (58,6%), seguida pela resposta “Sempre” (29,7%), sendo importante realçar a existência de 10,8% de respostas “Poucas vezes”.

Estes resultados, apesar de positivos, foram novamente inferiores ao de Ribeiro *et al.* (2017), onde as opções mais frequentes foram “Sempre” e “Às vezes”, com 51,6% e 45,2% das respostas respetivamente, evidenciando mais uma vez a dificuldade de comunicação com outros profissionais, fundamental para continuidade dos cuidados.

Em relação à atividade “Os enfermeiros supervisionam as atividades que concretizam as intervenções de enfermagem e as atividades que delegam.” foi possível

verificar novamente uma diferença na tendência de respostas comparativamente ao trabalho de Ribeiro *et al.* (2017).

Enquanto que nosso estudo se observa a prevalência das respostas “Às vezes” (69,4%) seguido por “Sempre” (26,1%), Ribeiro *et al.* (2017) obtiveram 51.9% de respostas “Sempre” e 38,7% de respostas “Às vezes”. Em ambos os estudos, as opções “Poucas vezes” e “Nunca” foram pouco significativas. Ainda assim o score médio para esta atividade, apesar de ser inferior ao de Martins *et al.* (2016) (3,31), foi positivo (3,22).

Para terminar a componente da prevenção de complicações, fomos avaliar as respostas à atividade “Os enfermeiros demonstram responsabilidade pelas decisões que tomam, pelos atos que praticam e que delegam”. Aqui a tendência de respostas foi semelhante ao estudo de Ribeiro *et al.* (2017), apesar de este último ter uma percentagem consideravelmente superior de respostas “Sempre” face ao nosso estudo (88,5% / 51,4%). A esta atividade correspondeu o score médio mais elevado da dimensão (3,50) sendo, no entanto, inferior ao verificado por Martins *et al.* (2016) - 3,62.

De acordo com o artigo 4º do REPE (1996), o enfermeiro é um profissional dotado de conhecimentos e competências técnicas, científicas e humanas fundamentais para a prestação de cuidados ao doente, família ou comunidade. É imperativo que estas competências constituíam o cerne das práticas de enfermagem, de modo a garantir a qualidade e segurança dos cuidados de forma sistemática, atuando em complementaridade com outros profissionais (Artigo 8º, REPE, 1996).

Tendo estes aspetos em consideração, os resultados obtidos nesta componente traduzem a relevância da prevenção de complicações no exercício profissional dos enfermeiros, à semelhança das conclusões de Machado (2013). No entanto, parece-nos pertinente propor uma reflexão conjunta com os enfermeiros gestores no sentido de perceber o porquê de a resposta mais frequente ser “Às vezes”, de modo a implementar estratégias que visem melhorar a percepção acerca da realização destas atividades.

O conceito de **autocuidado** foi abordado pela primeira vez no campo da enfermagem, em 1958 por Dorothea Orem, definindo-o como uma ação intencional do indivíduo, no sentido da preservação da vida, da sua saúde e bem-estar (Orem, 1983). Segundo a mesma autora, esta função reguladora, pode ser conduzida pelo próprio indivíduo, ou por qualquer outra pessoa que a execute por ele (Orem, 2001). Orem (2001), refere ainda que ao promovermos o autocuidado centrado nos oito requisitos universais (conservação do ar, água, alimentos, eliminação, atividade e descanso, solidão e interação social, prevenção do risco e promoção da atividade humana), estaremos a favorecer a **saúde e o bem-estar** dos indivíduos. É neste âmbito que se compreende a importância do papel dos enfermeiros, sendo o autocuidado “ (...) *um conceito central para a profissão e disciplina de enfermagem, e considerado como indicador de qualidade e segurança dos cuidados*” (Ferreira, 2015, p.9).

Analisando os dados obtidos para a componente do “bem-estar e autocuidado”, tendo em consideração a atividade “Os enfermeiros identificam os problemas do cliente que contribuam para aumentar o bem-estar e a realização das suas atividades de vida.”, verificamos que a resposta mais frequente foi “Às vezes” (56,8%), seguida pela opção “Sempre” (40,5%), ao contrário do estudo de Ribeiro *et al.* (2017), em que prevaleceu a resposta “Sempre” (51,5%), seguida da opção “Às vezes” (46,4%). Ainda assim o somatório das duas opções é praticamente igual nos dois estudos. As opções “Nunca” e “Poucas vezes” não tiveram valores significativos em nenhum dos estudos. O score médio obtido no nosso estudo foi de 3,67, sendo superior ao de Martins *et al.* (2016) - 3,44.

No que diz respeito à atividade “Os Enfermeiros prescrevem e implementam intervenções que contribuam para aumentar o bem-estar e a realização das atividades de vida dos clientes”, mais uma vez assistimos a uma prevalência de repostas “Às vezes” (60,4%), seguida pela opção “Sempre” (35,1%), tal como acontece no estudo de Ribeiro *et al.* (2017) (52,3% e 44,1% respetivamente). Relativamente a esta atividade, o score médio (3,31), foi inferior ao score médio obtido por Martins *et al.* (2016) - 3,39.

Na atividade “Os enfermeiros avaliam as intervenções que contribuam para aumentar o bem-estar e a realização das atividades de vida dos clientes” observamos exatamente a mesma tendência de resposta, quer no nosso estudo, quer no trabalho de Ribeiro *et al.* (2017), prevalecendo a resposta “Às vezes” (61,3% e 48,07% respetivamente) seguido pela opção “Sempre” (33,3% e 41,58% respetivamente). No entanto, Ribeiro *et al.* (2017) obtiveram 10,26% de respostas “Poucas vezes”, sendo superior ao que nós observamos (5,4%). De acordo com o REPE, artigo 5º, alínea 4 (1996), os enfermeiros têm a obrigação de avaliar os resultados das intervenções de enfermagem, embora os dados indiquem que nem sempre o fazem. O score médio obtido para esta atividade foi de 3,28, aproximando-se do score obtido por Martins *et al.* (2016) - 3,32.

Olhando para os resultados obtidos nas respostas à atividade “Os enfermeiros demonstram o rigor técnico/científico na implementação das intervenções de enfermagem que contribuam para aumentar o bem-estar e a realização das atividades de vida dos clientes”, mais uma vez observamos um predomínio de respostas “Às vezes” (52,3%), seguido pela opção “Sempre” (41,4%). O mesmo não se verificou no trabalho de Ribeiro *et al.* (2017) onde prevaleceu a resposta “Sempre” (68,3%), seguido pela opção “Às vezes” (31,3%). As opções “Nunca” e “Poucas vezes” não tiveram valores significativos em nenhum dos estudos. Martins *et al.* (2016) obtiveram um score médio de 3,62 nesta atividade, sendo superior ao nosso (3,35).

Ao analisarmos os dados obtidos para a atividade “Os enfermeiros referenciam situações problemáticas identificadas que contribuam para aumentar o bem-estar e a realização das atividades de vida dos clientes”, voltamos a encontrar uma maior percentagem de respostas “Às vezes” (63,1%), seguido da opção “Sempre” (29,7%). No

trabalho de Ribeiro *et al.* (2017) as duas opções de resposta obtiveram percentagens semelhantes entre si (“Às vezes” - 46,9%; “Sempre” - 42,8%), sendo os resultados mais satisfatórios que o nosso. Neste caso, o nosso score médio de 3,23, foi novamente inferior à referência de Martins *et al.* (2016) - 3,37.

Por fim, ao observar os resultados decorrentes da atividade “Os enfermeiros demonstram responsabilidade pelas decisões que tomam, pelos atos que praticam e que delegam”, constatamos que a resposta maioritária foi “Sempre” (51,4%), seguida de perto pela opção “Às vezes” (45,9%). Ribeiro *et al.* (2017) obtiveram a mesma tendência de resposta, embora com proporções muito dispares da nossa, com grande relevo na resposta “Sempre” (79,7%), seguida pela opção “Às vezes” (20,1%). Em relação ao score médio obtido (3,49), apesar de positivo, foi novamente inferior ao de Martins *et al.* (2016) - 3,62.

Olhando para os resultados globais da componente, foi possível novamente perceber que existe uma percepção positiva em relação à concretização das atividades que promovem a qualidade dos cuidados de enfermagem na dimensão do bem-estar e autocuidado, sendo os seus scores médios superiores a 3,2. No entanto, comparando com dados recolhidos na realidade portuguesa por Ribeiro e suas colaboradoras (2017), verificamos que existiu uma diferença considerável no que diz respeito às percentagens das opções “Sempre” e “Às vezes”, sendo a última mais prevalente no nosso estudo. No entanto, o somatório das duas opções de resposta é muito semelhante em ambos os estudos.

Garantir o bem-estar do doente deve constituir um objetivo primordial dos cuidados de enfermagem. De acordo com o REPE, artigo 5º, alínea 4 (1996), cabe aos enfermeiros a identificação do grau de dependência dos doentes em relação ao autocuidado, substituindo-os em caso de incapacidade total ou apoiando-os na recuperação dessa capacidade funcional e autonomia. Deste modo, estas atividades fazem parte do dia a dia dos enfermeiros, independentemente do seu contexto de trabalho. No entanto, os resultados não evidenciam a sua concretização de forma sistemática.

Na componente da **readaptação funcional** é avaliada a capacidade de os enfermeiros desenvolverem, com os doentes, processos eficazes de adaptação aos seus problemas de saúde, em articulação com as famílias e os recursos da comunidade (OE, 2012). Machado (2013) reforça a importância de otimização das capacidades da indivíduo, do seu potencial para fazer frente às adversidades, através da integração de novos conhecimentos e habilidades, tornando-o o mais autónomo possível. Neste âmbito, é imperativo o esforço de garantia da continuidade dos cuidados, com impacto na qualidade de vida das pessoas, na diminuição utilização de serviços de urgência e emergência, assim como da hospitalização desnecessária (Santos, 2018).

Assim, quando avaliada a atividade “Os enfermeiros dão continuidade ao processo de prestação de cuidados de enfermagem”, verificamos que as opções “Às vezes” e “Sempre” tinham percentagens de resposta muito semelhantes (49,5% e 46,8%

respetivamente), sendo as restantes opções pouco significativas. Por seu lado, no estudo de Ribeiro *et al.* (2017), a opção “*Sempre*” surge destacada com 58,9% das respostas, face aos 36,5% de resposta “*Às vezes*”. Em relação ao score médio de resposta para esta atividade, o valor que obtivemos (3,42) foi muito aproximado do valor encontrado por Martins *et al.* (2016) - 3,45.

Ao analisarmos os resultados da atividade “Os Enfermeiros otimizam as capacidades do cliente e conviventes significativos para gerir o regime terapêutico prescrito”, foi possível observar que, mais uma vez, “*Às vezes*” foi a resposta mais frequente (56,8%), seguida da opção “*Sempre*” (36,9%). O mesmo se verifica no estudo de Ribeiro *et al.* (2017), no qual as mesmas opções representaram 46,1% e 38,8% das respostas (respetivamente). De referir ainda que as autoras salientam a existência de 14,2% de respostas “*Poucas vezes*”, sendo esse valor inferior no nosso estudo (5,4%). Para esta atividade, o score médio de Martins *et al.* (2016) (3,31) foi praticamente igual ao do nosso estudo (3,32).

Por fim, quando olhamos para a atividade “Os enfermeiros ensinam, instruem e treinam o cliente sobre a adaptação individual requerida face à readaptação funcional.”, verificamos que quer no nosso estudo, quer no trabalho de Ribeiro *et al.* (2017), a opção maioritária foi “*Às vezes*”, com 49,5% e 47% das respostas (respetivamente), seguida pela opção “*Sempre*”, com 41,4% e 38,0% das respostas.

Mais uma vez, no estudo de Ribeiro *et al.* (2017), 14,6% dos indivíduos responderam “*Poucas vezes*”, sendo esta percentagem superior ao que nós verificamos no nosso trabalho (9%). O score médio para esta atividade foi de 3,32, sendo inferior ao valor encontrado por Martins *et al.* (2016) - 3,38.

A última componente em análise dizia respeito à “**organização dos cuidados de enfermagem**”, onde se avaliava apenas o domínio dos sistemas documentação em enfermagem, assim como o conhecimento das políticas e normas da instituição onde os indivíduos trabalham.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, os sistemas de informação em saúde, constituem um dos seis pilares fundamentais na estruturação de um sistema de saúde (OMS, 2007), proporcionando a “ (...) produção, análise, disseminação e uso de fiável e atempadas informações sobre as determinantes de saúde, o desempenho do sistema de saúde e Estado de saúde” (OMS, 2007, p.6).

Segundo Aleixo (2010), os enfermeiros desempenham um papel fundamental no desenvolvimento dos sistemas de Informação em saúde, que por sua vez vêm apoiar de forma indiscutível a gestão em enfermagem nas organizações de saúde, assim como os processos de documentação dos cuidados e apoio aos processos de tomada de decisão em enfermagem.

Na mesma linha de pensamento, Sousa (2005, p.54) refere que os sistemas de informação em enfermagem devem “ (...) servir de suporte legal dos cuidados de

enfermagem prestados, dar visibilidade aos contributos dos cuidados de enfermagem nomeadamente para os ganhos em saúde, facilitar a gestão e formação, promover a investigação e a continuidade de cuidados”.

Desta forma, no que diz respeito à atividade “Os enfermeiros dominam o sistema de registos de enfermagem”, 46,8% dos indivíduos responderam “Às vezes”, 44,1% responderam “Sempre” e 8,1% responderam “Poucas vezes”. Por seu lado, no trabalho de Ribeiro *et al.* (2017) a resposta mais frequente foi “Sempre” (51,14%), seguida por “Às vezes” com 44,4% das respostas, sendo as outras opções pouco significativas. O score médio para esta questão foi de 3,34, sendo superior ao valor de referência do estudo de Martins *et al.* (2016) - 3,10.

Pensamos ser importante olhar atentamente para estes dados, uma vez que a documentação em enfermagem é fundamental quer para a visibilidade, quer para a continuidade dos cuidados. Assim sendo, é necessário garantir que todos os profissionais dominem o sistema de registos, informatizados ou não, otimizando os planos de cuidados, como suporte às práticas de enfermagem e sua documentação (REPE, 1996).

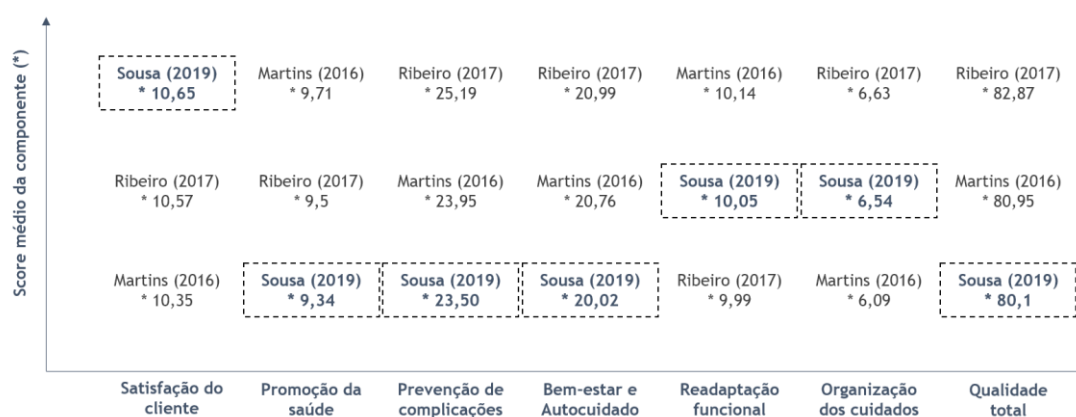
Segundo Ferreira (2015, p.151), “ (...) as políticas hospitalares orientam o caminho que se pretende para atingir a melhoria da qualidade dos cuidados”. De acordo com o artigo nono do REPE (1996), os enfermeiros têm a obrigação de participar na elaboração de protocolos, políticas e procedimentos com vista à melhoria continua da qualidade dos cuidados prestados, sendo fundamental o conhecimento e aplicação das mesmas.

Em relação à atividade “Os enfermeiros conhecem as políticas do hospital”, obtivemos um score médio de 3,20, sendo consideravelmente superior ao valor encontrado por Martins *et al.* (2016) (2,99). Tal como sucedeu no estudo de Ribeiro *et al.* (2017), resposta maioritária no nosso estudo foi “Às vezes” (59,5%), seguida pela resposta “Sempre” (30,6%) e “Poucas vezes” (9,0%).

Pensamos que a superioridades destes valores, quando comparados com os outros estudos, se prende com o facto de a organização onde se desenvolveu o estudo ter sido acreditada pela JCI no ano de 2018, cuja preparação envolveu a criação e partilha de vários procedimentos, protocolos e políticas, tendo sido ainda reforçada a obrigatoriedade de documentação de vários parâmetros em enfermagem.

Tendo terminado a comparação de cada uma das atividades é possível perceber que os resultados não são muito dispares do estudo de Martins *et al.* (2016), onde os scores médios obtidos são muito aproximados aos nossos. Aliás, em algumas componentes como a satisfação do cliente e organização dos cuidados de enfermagem, os valores por nós observados foram superiores (Figura 13).

Figura 13: Diagrama síntese da comparação dos resultados decorrentes da EPAECQC



Nesse sentido podemos corroborar as conclusões de Martins e suas colaboradoras (2016), ou seja, “(...) na maioria, os enfermeiros concretizam atividades consonantes com os padrões de qualidade dos cuidados” (p.925).

Comparando com os resultados do trabalho de Ribeiro *et al.* (2017), que constitui uma referência para o nosso trabalho dado o contexto e a sua abrangência, foi possível verificar que em ambos os estudos existe uma percepção claramente favorável quanto a concretização das atividades das várias componentes dos padrões de qualidade (% de repostas “Às vezes” + “Sempre”), e com médias muito semelhantes (Figura 13). No entanto, verificamos no nosso estudo, que em muitas dessas atividades a resposta maioritária era “Às vezes”, enquanto que no estudo de Ribeiro *et al.* (2017) o grupo mais representado era “Sempre”. Recordamos que este estudo teve uma amostra recolhida a nível nacional, em hospitais públicos.

Tendo em conta o facto de os PQCE constituírem um quadro de referência para o exercício profissional dos enfermeiros (OE, 2012), é fundamental criar as condições favoráveis à concretização das atividades inerentes a cada uma das suas componentes. Nesse sentido, apesar de considerar os resultados como positivos, consideramos importante perceber o modo como se pode sistematizar a concretização dessas atividades, de modo a que sejam “sempre” levadas a cabo, robustecendo a qualidade dos cuidados de enfermagem.

Tal como referimos anteriormente, as áreas com maior destaque foram a “satisfação do cliente”, a “prevenção de complicações”, a “readaptação funcional”, e o “bem-estar e autocuidado”, componentes fundamentais para a percepção da qualidade, tendo em conta a tríade de Fragata (2011).

No entanto, o âmbito dos cuidados de enfermagem deve ir muito além do tratamento das doenças e do suporte na adaptação dos clientes aos seus problemas de saúde. É imperativo o investimento na promoção da saúde dos clientes e prevenção da

doença, de acordo com a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020 (2015). Certamente será mais barato prevenir a doença do que a tratar.

Sendo um dos objetivos do estudo descrever o nível de satisfação dos enfermeiros com a tipologia e duração dos horários, foram colocadas algumas questões acerca da percepção do impacto na continuidade, segurança e organização dos cuidados, assim como no tempo livre que estes proporcionam e na gestão da vida pessoal e familiar.

De acordo com Tamayo (2000), a satisfação profissional pode ser influenciada por vários fatores como: a supervisão, as oportunidades de promoção e desenvolvimento profissional, as condições de trabalho, a estabilidade no trabalho, a remuneração e o tipo de relacionamento com pares e outros profissionais. Não podemos, contudo, esquecer o cariz individual da satisfação, uma vez que pode ser influenciada simplesmente pela personalidade de cada colaborador e o modo como vê o ambiente e as condições da organização (Graça, 2010; Duarte, 2011).

Analisando os dados obtidos é interessante perceber que, de um modo global, os profissionais consideram que o horário que realiza no seu serviço é promotor da qualidade (52,3% “*Concordo*” + 31,5% “*Concordo completamente*”) e da segurança dos cuidados (54,1% “*Concordo*” + 18% “*Concordo completamente*”).

De acordo com os resultados obtidos no nosso estudo, os horários praticados permitem uma boa gestão do tempo para os registos de enfermagem (55,0% “*Concordo*” + 24,3% “*Concordo completamente*”) e uma boa organização dos cuidados (56,8% “*Concordo*” + 26,1% “*Concordo completamente*”).

Segundo Bailas (2016), existe em Portugal a opinião de que os registos informatizados de enfermagem têm um grande impacto na carga de trabalho dos enfermeiros, representando 35 a 50% do seu tempo de trabalho, por oposição aos resultados obtidos por Silva (2001) e Sousa (2005) onde estes representavam respetivamente em média 20,1% e 15,2% da carga total de trabalho dos enfermeiros.

Por outro lado, os resultados têm outro tipo de distribuição no que diz respeito ao tempo livre que os horários possibilitam (29,7% “*Concordo*” + 15,3% “*Concordo completamente*” Versus 35,1% “*Discordo*” + 19,8% “*Discordo completamente*”), sendo a percepção maioritariamente desfavorável (54,9%).

Tal como vimos anteriormente, a tipologia de horários, nomeadamente quando envolve o trabalho por turnos, pode ter impacto que na vida pessoal e saúde dos indivíduos, acarretando ainda consequências para a vida familiar e social, devido ao desfasamento provocado pelos horários e incapacidade de acompanhar a vida familiar e social (Costa, 2009).

Ao analisar o impacto dos horários na gestão da vida pessoal e familiar, observamos novamente uma distribuição mais dispersa (33,3% “Concordo” + 11,7% “Concordo completamente” Versus 32,4% “Discordo” + 22,5% “Discordo completamente”) e igualmente desfavorável (54,9%).

De acordo com Gomes (2014), existe uma predisposição no trabalho dos profissionais de saúde a situações stressantes, devido a aspetos como os horários de trabalho, o excesso de trabalho, a pressão do tempo, o défice de horas de sonos, a uma limitada margem de erro associada à prestação de cuidados de saúde, conduzindo iguais níveis de fadiga, *burnout*, e insatisfação profissional.

Para Rosa (2013), o stress pode ser definido como uma “(...) perturbação em que o indivíduo mobiliza excessivamente a sua energia de adaptação para enfrentar solicitações do meio profissional que ultrapassam as suas capacidades físicas e/ou psíquica” (Rosa, 2013, p.38), constituindo um processo de adaptação temporário. No entanto, de acordo com a mesma autora, este pode resultar em *burnout* caso se torne prolongado ou crónico.

Maroco (2016), define *burnout* como uma “(...) síndrome psicológica, caracterizada por elevada exaustão emocional, elevada despersonalização e baixa realização profissional, que conduz à erosão dos valores pessoais, profissionais e de saúde” (Maroco, 2016, p.24).

Segundo Jesus e suas colaboradoras (2015,) dois em cada três enfermeiros participantes do estudo realizado em Portugal, apresentavam níveis médios a elevados de exaustão emocional. Tal como Jesus (2015), Maroco (2016) observou no seu estudo níveis moderados a elevados de *burnout* entre os médicos e enfermeiros.

Em relação há propensão para a fadiga e stress, de um modo geral, uma grande maioria dos indivíduos consideram que o horário que realizam nos seus serviços são potenciadores desses sintomas (28,8% “Concordo” + 46,8% “Concordo completamente”).

Até este ponto, é possível perceber que há uma diferença na percepção do impacto do horário entre as questões relacionadas com o exercício profissional e as questões relacionadas com a vida pessoal e familiar.

Ainda assim, o nível de satisfação com o horário realizado no serviço é favorável (41,4% “Concordo” + 15,3% “Concordo completamente” Versus 28,8% “Discordo” + 10,8% “Discordo completamente”). No entanto, apesar do índice de satisfação positivo, é interessante perceber que 66,6% dos enfermeiros gostariam de ter outro horário (24,3% “Concordo” + 42,3% “Concordo completamente”). Assim, é fundamental o envolvimento dos colaboradores numa organização, determinando o sucesso na concretização dos seus objetivos. Zuh (2013), refere mesmo que existe uma relação direta entre a satisfação/sensação de realização profissional dos colaboradores e a produtividade das empresas. Na mesma linha de pensamento, Ferreira *et al.* (2010) salientam a importância da satisfação dos profissionais como fator de motivação e produtividade.

Tendo como questão de partida para esta investigação a avaliação do impacto da duração dos turnos na percepção da qualidade dos cuidados de enfermagem, não nos cingimos apenas ao cruzamento dessas variáveis. Assim, procuramos tentar perceber se existia alguma associação estatisticamente significativa entre a percepção da qualidade e o sexo, o tipo de serviço, o tipo de contrato, a tipologia de horário e, por fim, a duração dos turnos.

Analisando a relação existente entre o sexo e a percepção da qualidade, verificamos que não existia nenhuma associação estatisticamente significativa ($p>0,05$) no que dizia respeito à “qualidade total”, assim como a qualquer uma das suas dimensões, tendo o mesmo ocorrido em relação ao tipo de serviço.

De acordo com o estudo realizado por Silva (2018), o tipo de vínculo contratual não se traduziu em diferenças em termos de *Engagement*, assim como ao nível do comprometimento organizacional. No entanto, observou que o comprometimento afetivo era superior em indivíduos com contratos sem termo, enquanto que o comprometimento calculativo era mais associado a indivíduos com contrato a termo certo.

Ao analisarmos o impacto do tipo de contrato (prestação de serviços, termo certo ou termo indeterminado), foi possível verificar uma associação estatisticamente significativa com a “qualidade total” ($p=0,028$), onde as médias mais elevadas se verificaram no grupo dos enfermeiros com contrato a termo certo. No entanto é interessante observar que a média do grupo dos enfermeiros com contrato em prestação de serviço é superior à dos contratos por tempo indeterminado. O mesmo se verificou na relação entre o tipo de contrato e a percepção da qualidade na dimensão da “promoção da saúde” ($p=0,006$).

Na dimensão da “prevenção de complicações”, além de se verificar uma associação estatisticamente significativa com o tipo de contrato ($p=0,024$), o grupo com melhores scores era o dos enfermeiros com contrato de prestação de serviços. Sendo indivíduos mais jovens e com menos experiência, dedicam ainda muita atenção aos aspetos mais técnicos relacionados com a prevenção da ocorrência de eventos adversos.

No que diz respeito à tipologia de horário (Fixo, rotativo sem noites e rotativo com noites) não se tendo observado uma associação estatisticamente significativa com a qualidade total ($p>0,05$), esta foi observada nas dimensões da “satisfação do clientes” ($p=0,018$) e do “bem-estar e autocuidado” ($p=0,021$). Em ambas as dimensões o grupo com pior percepção da qualidade era o dos indivíduos que realizavam horário rotativo com noites, talvez por causa do impacto destas no desempenho dos profissionais como a fadiga, propensão para acidentes, eficácia, etc., (Costa, 2009), interferindo em intervenções mais práticas relacionadas com o autocuidado, assim como na relação com o cliente.

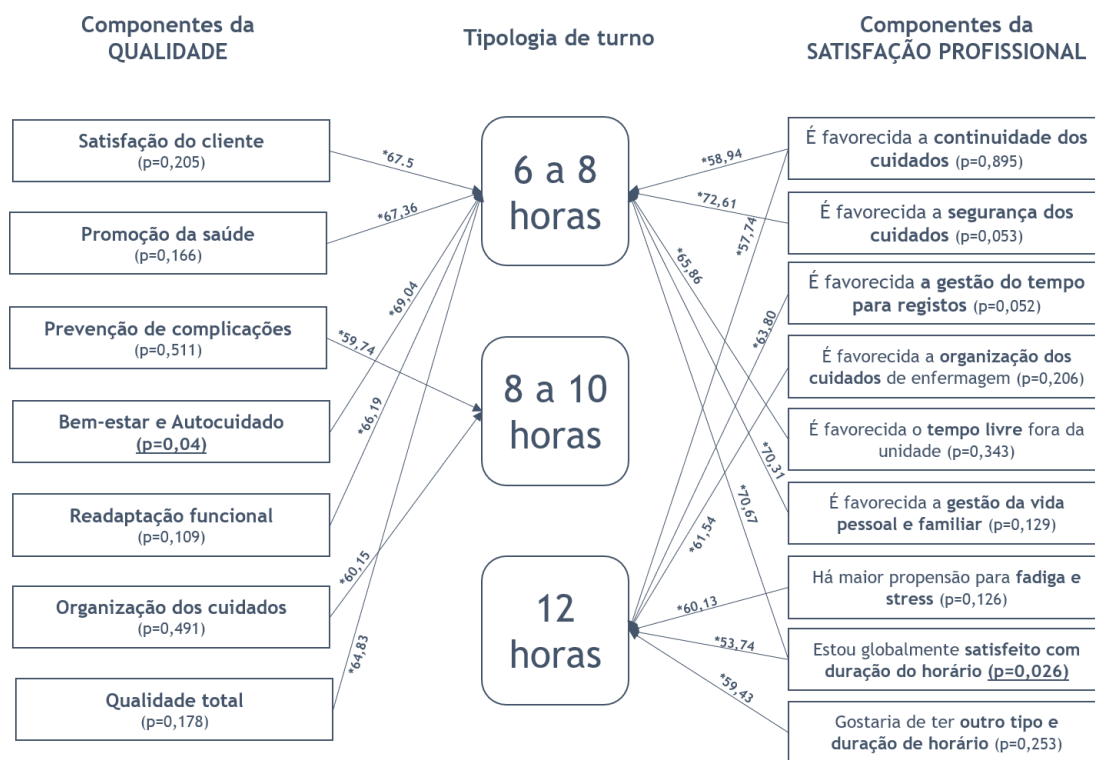
Por fim, respondendo à nossa questão de partida “Qual o impacto da duração dos turnos na percepção da qualidade dos cuidados de enfermagem”, não observamos uma associação estatisticamente significativa entre a duração dos turnos e a “qualidade total”

($p>0,05$), confirmando o resultado da revisão sistemática efetuada por Estabrooks e seus colaboradores (2009). No entanto, quando analisamos apenas a dimensão do “bem-estar e autocuidado”, já foi possível identificar uma associação estatisticamente significativa ($p=0,04$), em que os turnos de 12 horas aparecem associados a níveis inferiores de percepção da qualidade. Assemelhando-se aos resultados de Jarrar *et al.* (2019), os turnos associados a um índice superior de percepção da qualidade são os de seis a oito horas (Figura 14). Estes resultados podem ser justificados pela propensão para a fadiga e stress, associada a turnos mais prolongados, fazendo com que os profissionais tenham a sensação de não conseguir atender a todas as necessidades dos doentes em termos de autocuidado e bem-estar.

Finalmente, com o intuito de responder ao último objetivo proposto para esta investigação, procuramos analisar a relação entre a duração dos turnos e satisfação dos enfermeiros.

Como vimos anteriormente a satisfação dos enfermeiros pode ser afetada por vários fatores de ordem individual ou organizacional (Tamayo, 2000). Nesse sentido procuramos perceber o impacto da duração dos turnos na continuidade e segurança dos cuidados, na organização do tempo para registos e para os cuidados de enfermagem, no tempo livre, na vida pessoal e familiar e na propensão para a fadiga e o stress.

Figura 14: Diagrama síntese da associação entre a duração dos turnos, a percepção da qualidade e satisfação dos profissionais.



* Ponto médio da distribuição da variável

No que diz respeito às dimensões da satisfação dos enfermeiros em estudo, consideramos importante salientar que, mesmo não tendo sido encontrada uma associação estatisticamente significativa, a continuidade e segurança dos cuidados, o tempo livre e a gestão da vida familiar, apresentam maiores médias de satisfação em turnos de seis a oito horas. Por outro lado, a gestão do tempo para registos, a organização dos cuidados e a continuidade dos mesmos, apresentam médias superiores de satisfação em turnos de 12 horas.

É importante referir que, apesar dos turnos de 12 horas apresentarem médias superiores no que concerne à propensão para a fadiga e stress, não tendo sido verificada uma associação estatisticamente significativa entre as duas variáveis, os nossos resultados não vão de encontro às conclusões obtidas nos trabalhos de Wallis (2015), Richards *et al.* (2016), Martin (2015), Rollins (2015) e Banakhar (2017) que apontavam todos para uma forte associação entre os turnos de 12 horas e a fadiga e stress/Burnout, em comparação com outros tipos de horário.

Ao questionar diretamente os indivíduos acerca do grau de satisfação com o horário que praticavam nos seus serviços, foi possível verificar uma associação estatisticamente significativa com a duração dos turnos ($p=0,026$). Neste caso, o grupo que apresentava maiores médias de satisfação foi o das seis a oito horas (16,2% dos indivíduos da amostra), seguido pelo grupo das 12 horas (50,5% da amostra), que ainda assim é preferido em relação aos turnos de oito a dez horas (33,3% da população), indo de encontro aos resultados obtidos por Rollins (2015), Wallis (2015), Aveyard (2017) e Marselhas (2018), onde os turnos de 12 horas apresentam maiores índices de satisfação que os turnos de oito ou dez horas.

Tal como já foi referido, apesar de 56,7% dos profissionais manifestarem estar satisfeitos com o horário que lhes está atribuído, 66,6% dos indivíduos referem o desejo de ter outra tipologia de horário. No entanto, não se verificou uma associação estatisticamente significativa entre este desejo de mudar e a duração dos turnos ($p=0,253$).

O conceito de satisfação dos profissionais tem sido alvo de atenção de vários autores, onde destacamos o trabalho de Dejours, que dedicou o parte da sua vida a estudar a psicodinâmica do trabalho. Segundo o autor, o trabalho está inevitavelmente interligado com o sofrimento psíquico dos trabalhadores, de carácter subjetivo, por força das condições de trabalho associadas ao ambiente físico (ambiente térmico, acústico e luminosidade), químico (vapores, poeiras e gases) e biológico (agentes patogénicos), assim como pelas condições de segurança e características antropométricas dos postos de trabalho (Dejours, 1998). O mesmo autor fica ainda conhecido pelo foco nas estratégias utilizadas pelos trabalhadores para superar este sofrimento psíquico e fazer com que o trabalho se torne uma atividade prazerosa, resultando em ganhos para o trabalhador e para a organização (Dejours, 2004)

Garantir a qualidade dos cuidados de enfermagem e a satisfação dos profissionais constitui uma obrigação e ao mesmo tempo um desafio para os enfermeiros gestores. Com os resultados da nossa investigação, podemos certamente fornecer dados que permitam a elaboração de estratégias para melhorar a concretização de atividades promotoras da qualidade dos cuidados, nas suas várias dimensões, tais como a formação em prevenção de complicações, a sistematização do processo de enfermagem no que concerne à documentação em termos de autocuidado, ensinamentos e preparação para a alta, o estabelecimento de parcerias com associações de apoio aos doentes na comunidade, entre outras.

Efetivamente continua a não ser consensual a vantagem ou desvantagem dos turnos de 12 horas na nossa realidade. Uma coisa é certa, não estando diretamente associados a uma maior propensão para a fadiga e stress, nem a um índice inferior de percepção da qualidade total, têm índices mais elevados de satisfação do que os turnos de 8 a 10 horas, também praticados na organização estudada, podendo constituir uma opção viável em termos da organização de recursos humanos em enfermagem.

Em síntese, podemos afirmar que não tendo sido verificada uma associação estatisticamente significativa entre a duração dos turnos e a percepção da qualidade total, esta apresenta médias superiores em turnos de seis a oito horas em quase todas as dimensões (Figura 14). No que diz respeito à satisfação dos enfermeiros com a duração dos turnos, foi possível verificar que é de igual forma superior em turnos de seis a oito horas, seguida pelos turnos de 12 horas.

CONCLUSÃO

A “pessoa”, enquanto cliente, constitui o ponto de partida e o ponto de chegada na prestação de cuidados de saúde. Da mesma forma, a “pessoa”, enquanto profissional, deve constituir o ponto central na gestão das organizações, cuja motivação e produtividade depende evidentemente do seu nível de satisfação. Deste modo, a implementação de estratégias promotoras da qualidade em saúde implica necessariamente ter em consideração a satisfação quer das necessidades dos clientes, garantindo a sua segurança e bem-estar, quer dos profissionais, promovendo o seu desenvolvimento e bem-estar na organização.

Tendo por base o propósito da enfermagem, ou seja, a prestação de cuidados à pessoa (ou grupo de pessoas), saudável ou doente, no sentido de manter, melhorar ou recuperar a sua saúde desde a nascença até à morte, maximizando as suas capacidades funcionais (REPE, 1996), é inegável a nobreza desta profissão.

Sendo a pessoa o objeto dos cuidados de enfermagem, com o intuito de prevenir complicações indesejadas e maximizar os resultados em saúde, é imperativo que estes se revestam de qualidade, tendo em conta os recursos disponíveis.

Se do lado do cliente, na maior parte das vezes a qualidade é simplesmente medida através da superação das suas necessidades e expectativas, para a gestão dos cuidados de saúde constitui um desafio permanente, um ponto de partida e uma referência para a avaliação dos resultados das suas intervenções. Garantir a qualidade em saúde passa pela capacidade de fazer diariamente mais e melhor, com os recursos disponíveis.

Em termos organizacionais, atendendo ao contexto socioeconómico atual, a qualidade passa pela melhoria contínua de processos, de forma a garantir a sua eficácia com o máximo de eficiência, tendo em vista a satisfação do cliente.

Tendo como objetivo a promoção da qualidade dos cuidados de enfermagem, a OE apresentou em 2002 uma série de enunciados descritivos com o intuito de orientar o exercício profissional dos enfermeiros, de acordo com as dimensões da satisfação do cliente, da promoção da saúde, da prevenção de complicações, do bem-estar e autocuidado, da readaptação funcional e da organização dos cuidados de enfermagem. Estes enunciados constituíram o ponto de partida para a elaboração de uma ferramenta que permitisse

“medir” a percepção da qualidade dos cuidados de enfermagem nas instituições de saúde, a EPAECQC (Martins *et al.*, 2016).

Foi precisamente com o recurso a essa ferramenta, que conseguimos descrever a qualidade dos cuidados de enfermagem na instituição em estudo, cumprindo o primeiro objetivo a que nos propusemos neste trabalho.

De um modo geral, tendo como referência os estudos de Martins *et al.* (2016) e Ribeiro *et al.* (2017), os resultados foram bastante satisfatórios em relação ao nível de concretização das intervenções de enfermagem (definidas de acordo com os padrões de qualidade), com relevo nas dimensões da satisfação do cliente, prevenção de complicações e readaptação funcional.

Com os resultados, percebemos a necessidade de implementar estratégias que reforcem a concretização, de forma sistemática, de determinadas atividades com impacto na qualidade dos cuidados, nomeadamente nas dimensões da promoção da saúde, e da organização dos cuidados de enfermagem.

Tal como vimos anteriormente, a satisfação profissional é multifatorial, sendo influenciada por fatores de ordem individual e organizacional, como a estabilidade contratual, o tipo de serviço e os horários praticados. Desta forma, com o intuito de responder ao segundo objetivo deste trabalho, efetuamos uma descrição do nível de satisfação dos profissionais com a tipologia e duração dos horários que praticavam, onde verificamos que 56,7% dos indivíduos estavam satisfeitos ou muito satisfeitos. Ainda assim, 66% dos profissionais demonstraram a vontade de ter outro tipo de horário, não tendo sido observada uma associação estatisticamente significativa entre esta variável e a duração dos turnos.

De acordo com o tipo de horário praticado, verificamos que a maioria dos enfermeiros considera que este promove a continuidade e segurança dos cuidados, possibilitando uma melhor organização dos cuidados e gestão do tempo para os registos. Contudo, não sendo consensual, a maior parte dos indivíduos discordava do facto do seu horário favorecer a gestão da sua vida pessoal e familiar. A maioria dos indivíduos considerava também que o horário praticado favorecia a fadiga e o stress.

Tendo descrito a percepção da qualidade dos cuidados de enfermagem, procuramos perceber de que modo esta pode estar relacionada com fatores como o sexo, o tipo de contrato e a tipologia de horário, tendo concluído que no contexto do estudo que: Não existe uma associação estatisticamente significativa entre o sexo e a percepção da qualidade dos cuidados de enfermagem; Existe uma associação estatisticamente significativa entre tipo de contrato e a percepção quer da “qualidade total”, quer das suas dimensões da “promoção da saúde”, sendo superior em indivíduos com contrato por termo certo, e na dimensão da “prevenção de complicações”, onde as médias mais elevadas diziam respeito aos indivíduos

com contrato de prestação de serviços; Observamos uma associação estatisticamente significativa entre a tipologia de horário e percepção da qualidade, mas apenas nas dimensões da “satisfação do cliente” e do “bem-estar e autocuidado”, estando os níveis mais baixos associados aos horários que incluíam a realização de trabalho noturno;

Tendo ainda como objetivo indagar a relação entre a duração dos turnos e a percepção da qualidade dos cuidados de enfermagem, podemos afirmar que **não existe uma associação estatisticamente significativa entre as duas variáveis**, respondendo à nossa questão de investigação. No entanto, se olharmos apenas para a dimensão do “bem-estar e autocuidado”, já é possível observar uma associação estatisticamente significativa entre as duas variáveis, sendo as médias mais baixas observadas nos horários de 12 horas.

Na parte final do trabalho, ao estudar a relação entre a duração dos turnos e a satisfação dos profissionais, foi possível observar uma associação estatisticamente significativa entre as duas variáveis. Neste caso, o nível mais elevado de satisfação estava associado aos turnos de seis horas, seguido pelos turnos de 12 horas, e finalmente pelos turnos de oito a dez horas.

Foi possível perceber também que não existia uma associação estatisticamente significativa entre a duração dos turnos e a continuidade, segurança dos cuidados e organização dos cuidados, assim como a gestão da vida pessoal e familiar, o tempo livre, a propensão para a fadiga e stress.

É importante efetuar uma reflexão em torno das dificuldades, limitações e constrangimentos sentidos ao longo do trabalho. A principal dificuldade prendeu-se com a obtenção do número suficiente de respostas de modo a atingir o tamanho pretendido para a nossa amostra, com o nível de confiança desejável.

Sendo uma população relativamente pequena (N=150), o tamanho da amostra desejado era muito aproximado (N=111). Mesmo tendo recorrido a um questionário online, foi necessário enviar mais do que uma vez novos pedidos para o seu preenchimento. Tivemos ainda de solicitar aos enfermeiros gestores de cada serviço a sensibilização dos seus profissionais para o preenchimento do formulário. Ainda assim foi necessário o triplo do tempo previsto para a recolha de dados.

Em relação às limitações do trabalho, temos consciência que se trata de um hospital pequeno e com relativamente poucos profissionais, pelo que os dados não permitem generalizações.

Por outro lado, com este estudo, pretendemos apenas avaliar a percepção dos enfermeiros acerca da qualidade dos cuidados, ou seja, não validamos a concretização das atividades na prática, mantendo alguma subjetividade nos dados recolhidos.

Pensamos ter reunido as condições e os dados necessários para a realização de outros estudos que permitam, por exemplo, comparar a percepção da qualidade dos cuidados de enfermagem após a implementação de estratégias para a sua melhoria, nomeadamente em áreas deficitárias identificadas, bem como repensar estratégias dentro da organização estudada.

Estamos plenamente satisfeitos com os dados recolhidos e com as evidências encontradas. Pretendemos de seguida partilhar os dados com os enfermeiros gestores, servindo como base de reflexão em torno das práticas de gestão e da organização de recursos humanos, em vigor na instituição. Na nossa opinião, as conclusões dos trabalhos de investigação de nada valem senão permitirem reforçar ou mudar comportamentos, em prol da melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem.

Mudam-se os tempos, mudam-se as vontades! Novos desafios, impõem a procura de novas soluções, de forma dinâmica, envolvente e inovadora. Assim sendo, é função das organizações e dos enfermeiros gestores, garantir as condições necessárias para assegurar a qualidade dos cuidados de enfermagem, proporcionando aos clientes e profissionais um ambiente seguro, que permita a satisfação das necessidades de todos os intervenientes no processo de cuidados.

Sendo os profissionais o centro nevrálgico das organizações, ao investir na sua satisfação, motivação, desenvolvimento e realização profissional, estaremos a promover certamente a qualidade dos cuidados porque *“pessoas felizes fazem mais e melhor, durante mais tempo”* (Jason Associates, 2012, p.233).

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Aiken, L., Sloane, D., Bruyneel, L., Van den Heede, K., Griffiths, P., Busse, R... Sermeus, W. (2014). Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *The Lancet*, 383, 1824-1830.

Aiken, L., Sermeus, W., Busse, R., Mckee, M., Bruyneel, L., Rafferty, A... Kutney-Lee, A. (2012). Patient safety, satisfaction and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. *BMJ*, 344. doi: 10.1136/bmj.e1717.

Aleixo, T. (2010). Contributo de enfermagem para a gestão. *Centro Português em História e Trabalho Social*, 1-6.

Almeida, S. (2017). *Estatística aplicada à investigação em ciências da saúde - Um guia com o SPSS*. Loures: Lusodidata.

Amaro, a., Póvoa, A., Macedo, L. (2005). *A arte de fazer questionários*. Porto, Portugal: Faculdade de Ciências da Universidade do Porto.

Associação Portuguesa de Certificação. (2003). *Guia Interpretativo NP EN ISO 9001:2000*, Lisboa: APCER.

Associação Portuguesa Enfermeiros Gestores E Liderança [em linha] [Consultado em 2019-03-24] Disponível em: <http://www.apegel.org/>

Aveyard, D. (2017). How do 12-hour shifts affect ICU nurses? *Kai Tiaki Nursing New Zealand*, 22(11), 34-36.

Bailas, C. (2016). *Impacto do uso de sistemas de informação informatizados na carga global de trabalho dos enfermeiros* (Dissertação de Mestrado não publicada). Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto.

Banakhkar, M. (2017). The impact of 12-hour shifts on nurses' health, wellbeing, and job satisfaction: A systematic review. *Journal of Nursing Education & Practice*, 7(11), 69-83.

Barbosa, L., Melo, M. (2008). Relações entre a qualidade da assistência de enfermagem: revisão integrativa da literatura. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 61(2), 366-370.

Branco, R. (2012). *O movimento da qualidade em Portugal*. Porto: Vida Económica.

Cabral, F., Veiga, R. (2006). *Higiene, Segurança, Saúde e Prevenção de Acidentes de Trabalho* (Vol. 2) Lisboa: Verlag Dashofer Edições profissionais, Lda.

Cabral, T. (2015). *A qualidade dos cuidados de enfermagem em Timor Leste* (Dissertação de Mestrado não publicada). Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto.

Caldana, G., Evora, Y., Gabriel, C. (2011). Performance indicators for hospital nursing service: Integrated review. *Revista Rene*, 12(1), 189-197.

Calkin, S. (2012). Nurses split over shift patterns. *Nursing Times* (julho).

Campos, L., Carneiro, A. (2010). *A qualidade no PNS 2011-2016* [Em linha]. Alto Comissariado da Saúde. Lisboa: 2010 [Consultado em 2019-03-29]. Disponível em <http://pns.dgs.pt/2010/07/30/ae-q/>

Canadian Nursing Home. (2015). Nurses prone to emotional exhaustion with 12-hour shifts. *Canadian Nursing Home*, 26(3), 19.

Cánovas, J., Hernandez, P., Botella, J. (2009). Effectiveness of internal quality assurance programmes in improving clinical practice and reducing costs. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 1(15), 813-819.

Carneiro, M. (2009). *Motivação dos enfermeiros: relação com o comportamento do chefe de equipa*. (Dissertação de Mestrado não publicada). Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, Vila Real.

Case Management Advisor (2013). Study: Long nursing shifts linked to burnout. *Case Management Advisor*, 24(3), 33-35.

Chiavenato, I. (1994). *Administração: Teoria, Processo e Prática* (2ª ed.) São Paulo: Makron Books do Brasil Editora.

Chiavenato, I. (1999). *Gestão de pessoas; o novo papel dos recursos humanos nas organizações*. Rio de Janeiro: Campus Lda.

Chiavenato, I. (2004). *Gestão de Pessoas: e o novo papel dos recursos humanos nas organizações* (2ª ed.). Rio de Janeiro: Elsevier.

Chudleigh, J., Fletcher, M., Gould, D. (2005). Infection control in neonatal intensive care units. *Journal of Hospital Infection*, 61(2), 123-129.

Circular Normativa - Direção Geral dos Hospitais, Nº18/1992 (1992-07-30) (Normas para elaboração de horários)

Costa, I. (2009). *Trabalho por turnos, saúde e capacidade para o trabalho dos enfermeiros*. (Dissertação de mestrado não publicada). Faculdade de Medicina Universidade de Coimbra, Coimbra.

Costa, J. (2004). *Métodos de prestação de cuidados*. Viseu: Instituto Politécnico de Viseu.

Coutinho, C. (2011). *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: Teoria e Prática*. Coimbra: Almedina.

Cunha, M., Marques, C., Gomes, F., Cabral-Cardoso, C., Rego, A., Cunha, R. (2010). *Manual de Gestão de Pessoas e do Capital Humano*. Lisboa: Edições Sílabo Lda.

Cunha, A., Ferreira, J., Rodrigues, M. (2010). Atitude dos enfermeiros face ao Sistema Informatizado de Informação em Enfermagem. *Revista Científica da Unidade de Investigação em Ciências de Saúde: Domínio de Enfermagem*. 3, 7-15.

Decreto-Lei nº48166. D.R. I Série, Nº299 (1967-12-27), 2514-2516.

Decreto-Lei nº305/81. D.R. I Série, Nº261 (1981-11-12), 2998-3004.

Decreto-Lei nº.412/98 D.R. I Série-A, Nº300 (1998-12-30), 7257-7264.

Decreto-Lei nº.437/91 D.R. I Série-A, Nº257 (1991-11-08), 5723-5741.

Decreto-Lei nº.247/2009 D.R. I Série, Nº184 (2009-09-22), 6758-6761.

Decreto-Lei nº.248/2009 D.R. I Série, Nº184 (2009-09-22), 6761-6765.

Decreto-Lei nº.62/79 D.R. I Série, Nº75 (1979-03-30), 518-520.

Decreto-Lei nº 161/96. D.R. I Série-A. Nº 205 (1996-09-04), 2959-2962. (Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro)

Dejours, C. (1994). *Psicodinâmica do trabalho: contribuições da escola dejouriana à análise do prazer, sofrimento trabalho*. São Paulo: Atlas.

Dejours, C. (2004). Subjetividade, trabalho e ação. *Revista Produção*, 14(3), 27-34.

Despacho nº 5163/2015 D.R. II Série Nº 102 (2015-05-27), 12597-12597. (Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde)

D'innocenzo, M., Adani, N., P; Cunha, I. (2006). O Movimento pela qualidade nos serviços de saúde e enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem (REBEn)*, 59(1), 84-88.

Donabedian, A. (2003). *An introduction to quality assurance in health care* (R. Bashshur, Ed.). Nova York: Oxford University Press.

Duarte, A. (2011). *Corporate social responsibility from an employees' perspective: Contributions for understanding job attitudes*. (Tese de Doutoramento não publicada). ISCTE, Lisboa.

Estabrooks, C., Cummings, G., Olivo, S., Squires, J., Giblin, C., Simpson, N. (2009). Effects of shift length on quality of patient care and health provider outcomes: systematic review. *Quality & Safety in health care*, 3, 181-188.

Estaca, M. (1998). *Adaptação ao trabalho por turnos: factores cronopsicológicos* (Dissertação de Mestrado não publicada). Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Coimbra.

Feldman, L., Cunha, I. (2006). Identificação dos critérios de avaliação de resultados do serviço de enfermagem nos programas de acreditação hospitalar. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 14(4), 540-545.

Feldman, L., Ruthes, R., Cunha, I. (2008). Criatividade e Inovação: competências na gestão de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem REBEn*, 61(2), 239-42.

Ferreira, J., Fernandes, R., Santos, E., Peiró, M. (2010). Contributo para o estudo psicométrico da versão portuguesa do Cuestionário de Satisfacción Laboral S20/23. *Psychologica*. 52(2), 7-34.

Ferreira, M. (2015). *Autocuidado como indicador de qualidade e segurança dos cuidados: contributos da supervisão clínica em enfermagem* (Dissertação de Mestrado não publicada). Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto.

Fortin, M. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.

Fradique, M., Mendes, L. (2013). Efeitos da liderança na melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem. *Revista de Enfermagem de Referência*, III(10), 45-53.

Fragata, J. (2011). *Segurança dos Doentes - Uma abordagem Prática*. Lisboa: Lidel - Edições Técnicas, Lda.

Frederico, M., Leitão, A. (1999). *Princípios de Administração para Enfermeiros* (1ª ed.) Coimbra: Editora Formasau.

Fricker, R., Schonlau, M. (2002). Advantages and Disadvantages of Internet Research Surveys: Evidence from the Literature. *Field Methods*, 14(4), 347-367.

Graça, L. (2010). Satisfação Profissional dos Profissionais de Saúde: Um imperativo também para a gestão. *Editorial, Revista Portuguesa Saúde Pública*, 28(1), 3-6.

Gomes, A. (2014). Stress ocupacional em profissionais de saúde: um estudo comparativo entre médicos e enfermeiros. *Revista Interamericana de Psicología*, 48(1), 129-141.

Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar*. Loures: Lusociência.

Hesbeen, W. (2001). *Qualidade em Enfermagem: Pensamento e Acção na Perspectiva de Cuidar*. Loures: Lusociência.

Huber, D. (2006). *Leadership and nursing care management* (3ª ed.). Philadelphia: Saunders.

ISEL. (2002). *Material de Apoio da Disciplina Gestão da Qualidade I*. Lisboa: ISEL.

Instituto Português Da Qualidade. [Em linha] [Consultado em 28-03-2019] Disponível em <http://www1.ipq.pt/PT/IPQ/Pages/IPQ.aspx>

Jasson Associates. (2012). *Your head: Human experience design*. Lisboa: Jasson Associates.

Jarrar, M., Minai, M., Al-Bsheish, M., Meri, A., Jaber, M. (2019). Hospital nurse shift length, patient-centered care, and the perceived quality and patient safety. *The International Journal of Health planning and Management*, 34, 387-396.

Jesus, E., Pinto, A., Fronteira, I., Mendes, A. (2015). Estudo RN4Cast em Portugal: Perceção dos enfermeiros sobre Burnout. *Revista de Investigação em Enfermagem*, Nov, 47-59.

Josten, E., Ng-A-Tham, J., Thierry, H. (2003). The effects of extended workdays on fatigue, health, performance and satisfaction in nursing. *Journal Advanced Nursing*, 44(6), 643-652.

Keller, S. (2009). Effects of extended work shifts and shift work on patient safety, productivity and employee health. *American Association of Occupational Health Nurses*, 57(12), 497-502.

Lee, H., Cummings, G. (2008). Factors influencing job satisfaction of front line nurse managers: Asystematic review. *Journal of Nursing Management*, 16, 768-783.

Lei nº. 7/2009. D.R. I Série. Nº30 (2009-02-12), 926-1040.

Lei nº. 21/96. D.R. I Série- A. Nº 169 (1996-07-23), 2046-2047.

Lei n.º 156/2015. D.R. Série I Nº156 (2015-09-16), 8059-8105.

Lei nº. 18/2016. D.R. I Série. Nº116 (2016-06-20), 1904-1905.

Macaia, D. (2005). *Sistema de Classificação de Doentes em Enfermagem: Contributos na Gestão dos Enfermeiros nos Hospitais da Rede Nacional de Saúde* (Dissertação mestrado não publicada). Universidade dos Açores, Açores.

Machado, N. (2013). *Gestão da qualidade dos cuidados de enfermagem: Um modelo de melhoria contínua baseado na reflexão-ação*. (Tese de doutoramento não publicada). Universidade Católica Portuguesa - Instituto de Ciências da Saúde, Lisboa.

Magalhães, A., Riboldi, C., Dall'agnol, C. (2009). Planejamento de recursos humanos de enfermagem: desafio para as lideranças. *Revista brasileira de enfermagem*, 62(4), 608-612.

Marquis, B., Huston, C. (2009). *Leadership roles and management functions in nursing: Theory and application*. Philadelphia: Wolters Kluwer.

Maroco, J., Maroco, A., Leite, A., Bastos, C., Vazão, M., Campos, J. (2016). Burnout em Profissionais da Saúde Portugueses: Uma Análise a Nível Nacional. *Ata Médica Portuguesa*, 29(1), 24-30.

Marselas, K. (2018). Nurses like 12-hour shifts, if done right. *McKnight's Long-Term Care News*, 39(3), 10.

Martin, D. (2015). Nurse Fatigue and Shift Length: A Pilot Study. *Nursing Economic*, 33(2), 81-87.

Martins, M. (2002). *Qualidade de vida e capacidade para o trabalho dos profissionais em enfermagem no trabalho em turnos* (Dissertação de mestrado não publicada). Universidade Federal Santa Catarina, Florianópolis.

Martins, M., GONCALVES, M., RIBEIRO, O., TRONCHIN, D. (2016). Qualidade dos cuidados de enfermagem: Construção e validação de um instrumento. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 2016, 69(5), 920-926.

Mathis, R., Jackson, J. (2003). *Human resource management* (10ª ed.). Mason, OH: South-Western/Thomson.

- Mcgill, L. (2009). Patient safety: a European Union priority. *Clinical Medicine*, 9(2), 136-139.
- Meleis, I. (2007). *Theoretical Nursing, Development & Progress*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Melo, I. (2001). Trabalho por Turnos - Saúde e Segurança. *Segurança*, 36(143), 27-35.
- Mezomo, J. C. *Gestão da qualidade na saúde: princípios básicos* (1ª ed.) São Paulo: Editora Manole.
- Morais, I. (2005). *Gestão da Qualidade Total*. Guarda: Escola Superior de Tecnologia e Gestão da Guarda.
- Moreno, C., Fischer, F., Rotenberg, L. (2003). A saúde do trabalhador na sociedade de 24 horas. *São Paulo em Perspectiva*, 17(1), 34-46.
- National Health Service. (1993). *A vision for the future: the nursing, midwifery and health visiting contribution to health care*. Londres: Department of Health.
- Norma Portuguesa. (2008). Sistemas de gestão da qualidade - NP NE ISSO 9001:2008.
- Nunes, R. (2009). *Regulação da saúde*. Porto: Vida Económica.
- O'donnell, D., Livingston, P., Bartram, T. (2012). Human resource management activities on the front line: A nursing perspective. *Contemporary nurse*, 41(2), 198-205.
- Oguisso, T. (2005). *Trajetória histórica e Legal da enfermagem*. Barueri: Manole.
- Orem, D. (1983). *Normas prácticas en enfermería*. Madrid: Piramide.
- Orem, D. (2001). *Nursing: concepts of practice* (6. ed.). St. Louis: Mosby
- Organização Mundial Saúde (1986). *Carta de Ottawa para a promoção da saúde- 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde*. Ottawa, WHO Document Production Services.
- Organização Mundial Saúde (2007). *Everybody business: strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action*. Genebra, WHO Document Production Services.
- Ordem Dos Enfermeiros. (2008). *Enfermagem em Portugal*. Lisboa: Ordem dos enfermeiros.
- Ordem Dos Enfermeiros. (2012). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: enquadramento conceptual e enunciados descritivos* (2.ed.). Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem Dos Enfermeiros. (2015). *Enfermeiros: Uma força para a mudança - Eficiência + Eficácia = Ganhos em saúde*. Genebra: Internacional Council of Nurses.
- Ordem Dos Enfermeiros. (2015). *REPE e Estatuto*. Lisboa: Ordem dos enfermeiros.
- Ordem Dos Enfermeiros. (2018). *Membros ativos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Parreira, P. (2005). *Organizações*. Coimbra: Formasau.
- Pestana, M., Gageiro, J. (2005). *Análise de dados para ciências sociais: A complementaridade do SPSS* (4ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Pires, R. (2000). *Qualidade - Sistemas de gestão da qualidade* (2ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Pires, A. (2012). *Sistemas de Gestão da Qualidade, Ambiente e Segurança, Responsabilidade Social, Indústria, Serviços, Administração Pública e Educação* (1º ed.). Lisboa: Edições Sílabo.

- Polit, D., Beck, C., Hungler, B. (2004). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: Métodos, avaliação e utilização* (5ª ed.). São Paulo: Artmed Editora.
- Portugal, Alto Comissariado da Saúde e Ministério da Saúde. (2010). *Plano Nacional de Saúde 2010-2016, Eixos Estratégicos - Qualidade em Saúde*. Lisboa.
- Portugal, Ministério da Saúde. (2015). *Plano nacional de saúde revisão e extensão a 2020*. Lisboa.
- Portugal, Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social. (2019). *Boletim do trabalho e emprego, separata nº6*. Lisboa.
- Potra, T. (2015). *Gestão de cuidados de enfermagem: Das práticas dos enfermeiros chefes à qualidade dos cuidados de enfermagem* (Tese de doutoramento não publicada). Universidade de Lisboa, Lisboa.
- Ramos, A. (2004). *Qualidade: Sistemas de Gestão da Qualidade* (3ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Rand Corporation. (2008). *Improving Patient Safety in the EU*. Cambridge: RAND Europe.
- Rego, G. (2011) *Gestão Empresarial nos Serviços Públicos: Uma aplicação ao sector da saúde* (3º ed.). Porto: Vida Económica.
- Rego, C. (2015). *Gestão em enfermagem e a formação em serviço: Tecnologias de informação e padrões de qualidade* (Dissertação de mestrado não publicada). Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto.
- Regulamento nº.101/2015. D.R. II Série. Nº48 (2012-03-10), 5948-5952.
- Ribeiro, J. (2010). *Metodologia de investigação em psicologia e saúde* (3ª ed.). Porto: Legis.
- Ribeiro, O., Martins, M., Tronchin, D. (2017). Qualidade dos cuidados de enfermagem: um estudo em hospitais portugueses. *Revista de Enfermagem de Referência*, IV(14), 89-100.
- Richards, A., Barwari, R., Reith, V. (2016). Is it Worth the Risk? 12-Hour Shifts and Nurse Fatigue. *Nursing News*, 40(2), 18-19.
- Robinson, C. (2009). *Surgical Nursing - Preparation for Practice*. New Jersey: Pearson.
- Rollins, J. (2015). The 12-Hour Shift. *Pediatric Nursing*, 41(4), 162-164.
- Rosa, M. (2013). *Cuidar de Enfermeiros - Os Enfermeiros como Beneficiários de Cuidados* (Dissertação de Mestrado não publicada). Instituto Politécnico de Setúbal, Setúbal.
- Santos, M. (2018). *Práticas de continuidade de cuidados nos hospitais - Elos de ligação* (Dissertação de Mestrado não publicada). Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto.
- Saude Cuf [em linha] [Consultado em 2019-03-26] <https://www.saudecuf.pt/unidades/porto-hospital/o-hospital/apresentacao>
- Seago, J. (2001). *Nurse Staffing, Models of Care Delivery, and Interventions. Making Health Care Safer - A critical Analysis of Patient Safety Practices*. San Francisco: AHRQ Publication.
- Schermerhorn, R., Hunt, J., Osborn, R. (1999). *Fundamentos de comportamento organizacional*. Porto Alegre: Bookman.
- Silva, A (2001). *Sistemas de Informação em Enfermagem - uma teoria explicativa da mudança* (Tese de Doutoramento não publicada). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto, Porto.
- Silva, I. (2007). *Adaptação ao trabalho por turnos* (Tese de Doutoramento não publicada). Universidade do Minho, Braga.
- Silva, H. (2018). *Diferentes tipos de contrato de trabalho e o impacto na organização ao nível do commitment e do work engagement* (Dissertação de Mestrado não publicada). Universidade Europeia, Lisboa.

- Silva, M. (2013). *Gestão da qualidade em cuidados de saúde*. Lisboa: Monitor.
- Sousa, A. (1990). *Introdução à Gestão: Uma Abordagem Sistémica*. Lisboa: Editorial Verbo.
- Sousa, P. (2005). *O Sistema De Partilha De Informação Em Enfermagem Entre Contextos De Cuidados De Saúde - Um Modelo Explicativo* (Tese de Doutoramento não publicada). Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto, Porto.
- Sousa, P. (2006). Patient safety: a necessidade de uma estratégia nacional. *Acta Médica Portuguesa*, 19, 309-318.
- Sousa, F. (2011). *Satisfação de clients - O caso de uma empresa industrial* (Dissertação de Mestrado). Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Sousa, M., Martins, T., Pereira, F. (2015). Reflecting on the practices of nurses in approaching the person with a chronic illness. *Revista de Enfermagem Referência*, (6), 55-63. Doi: <http://dx.doi.org/10.12707/RIV14069>.
- Surani, S., Murphy, J., Shah, A. (2007). Sleepy nurses: are we willing to accept the challenge today? *Nursing Administration Quarterly*, 1(2), 146-151.
- Tafreshi, M., Pazargadi, M., Safeedi, Z. (2007). Nurses perspectives on quality of nursing care: a qualitative study in iran. *Internacional Journal of Health Care Quality Assurance*, 20(4), 320-328.
- Tamayo, A. (2000). Prioridades Axiológicas e Satisfação no Trabalho. Recursos humanos e Organizações. *Revista de administração, São Paulo*, 35(2), 37-47.
- Tomajan, K. (2005). Study links long hours to increased errors. *The Oklahoma Nurse*. 50(3), 19.
- Trinkoff, A., Le, R., Geiger-Brown, J., Lipscomb, J., Lang, G. (2006). Longitudinal relationship of workhours, mandatory overtime, and on-call to musculoskeletal problems in nurses. *American Journal of Industrial Medicine*, 49(11), 964-971.
- Vilar, C. (2013). *Implementação do sistema de gestão da qualidade perspetivando a integração do ambiente e da segurança* (Dissertação de Mestrado não publicada). Instituto Superior de Educação e Ciências, Lisboa.
- Wallis, L. (2015). A UK Review Corroborates the Negative Consequences of 12-Hour Workdays. *American Journal of Nursing*, 115(11), 14.
- Weaver, S. Lubomksi, L., Wilson, R., Pfoh, E., Martinez, K., Dy, S. (2013). Promoting a Culture of Safety as a Patient Safety Startergy. *Annals of Internal Medicine*, 158(5), 369-374.
- World Health Organization. (2019). [em linha] [Consultado em 2019-03-26] Disponível em: <https://www.who.int/about/who-we-are/constitution>
- Zhu, Y. (2013). A review of job satisfaction. *Asian Social Science*, 9(1), 293-298.

ANEXOS

ANEXO 1 - Perfil de competências enfermeiro gestor

5948

Diário da República, 2.ª série — N.º 48 — 10 de março de 2015

b) Elaborar o regulamento para reconhecimento de áreas de competências acrescidas;
c) Reconhecer propostas, ouvidas as respetivas Mesas dos Colegios das Especialidades, de acordo com as áreas de especialidade e propor ao Conselho Diretivo.

2 — Compete à Assembleia Geral da Ordem dos Enfermeiros aprovar as propostas de reconhecimento de áreas de competências acrescidas reconhecidas pelo Conselho de Enfermagem, mediante proposta pelo Conselho Diretivo, ouvidos os Conselhos Regionais e parecer do Conselho Jurisdicional.

Artigo 4.º

Processo de Reconhecimento

1 — A proposta para o reconhecimento de uma nova área de competência acrescida deve ser subscrita, no mínimo, por seis enfermeiros especialistas com, pelo menos, cinco anos de exercício profissional especializado comprovado nas diferentes áreas de especialidade, onde serão reconhecidas as competências acrescidas apresentadas, devidamente identificados com nome completo, número de cartão de cidadão ou qualquer outro documento de identificação válido e número de membro efetivo da Ordem dos Enfermeiros, com inscrição válida.

2 — A proposta deve ser apresentada em papel e suporte informático (um exemplar de cada) e dirigida ao Presidente do Conselho de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros.

3 — A proposta deve estar organizada de acordo com critérios, respetivos normativos e elementos de validação constituídos na matriz de reconhecimento de competências acrescidas, prevista no Anexo ao presente Regulamento.

4 — No respeito pelo número anterior, a proposta deve ainda definir a nova área de competência acrescida através de:

a) Identificação dos diferentes níveis de intervenção;

b) Identificação da(s) necessidade(s) a que pretende responder;
c) Explicitação do cumprimento de todos os elementos previstos no Anexo;
d) Proposta de denominação da área de competência acrescida.

5 — A apresentação da proposta para o reconhecimento de uma nova área de competência acrescida que não cumpra o disposto nos números anteriores deve ser recusada.

6 — O Conselho de Enfermagem analisa a proposta e delibera “Reconhecer a área de competência acrescida” ou “Não reconhecer a área de competência acrescida” sem vinculação a denominação proposta.

7 — A aceitação da nova área de competência acrescida em enfermagem depende da aprovação pela Assembleia Geral, sob proposta do Conselho Diretivo, desde que o Conselho de Enfermagem tenha deliberado “Reconhecer a área de competência acrescida”.

Artigo 5.º

Certificação

Após aprovação em Assembleia Geral da proposta de reconhecimento das áreas de competências acrescidas, é iniciado o processo de certificação destas áreas de competências, pela Comissão de Acreditação e Certificação de acordo com o respetivo Regulamento.

Artigo 6.º

Aplicação no tempo

O presente regulamento é aplicável às propostas apresentadas após a sua aprovação.

ANEXO

Matriz de Reconhecimento da área de Competências Acrescidas

Normativos dos critérios	Critérios	Elementos de validação
1 — Potencia novos campos de atuação de exercício profissional especializado autónomo.	Especificidade	1 — Não colide, nem se sobrepõe as seguintes competências: — De Cuidados Gerais; — Comuns do Enfermeiro Especialista; — Especializadas das diferentes áreas de especialidade de Enfermagem.
2 — O âmbito de intervenção profissional é comum a diferentes áreas de especialidade de Enfermagem.	Transversalidade	2 — Identificação da aplicação em, pelo menos, duas áreas de especialidade em Enfermagem.
3 — Responde a fenómenos de Enfermagem comuns e ou recorrentes de diferentes grupos-alvo no sentido de obter ganhos em saúde.	Eficácia	3 — Identificação clara dos fenómenos de Enfermagem a que responde. 4 — Tradução operativa em indicadores de ganhos em saúde como resultado das intervenções. 5 — Resumo mínimo de dados.
4 — Respeita os referenciais da profissão configurando uma estratégia de promoção da qualidade dos cuidados de Enfermagem Especializados.	Coerência	6 — Obedece aos determinantes planeados no REPE e Código Deontológico.
5 — Fundamentadas em diferentes disciplinas, áreas do conhecimento.	Transdisciplinaridade	7 — Identificação do(s) enunciado(s) descritivo(s) dos PQCE especializados a que se responde.
6 — Responde a necessidades do cidadão em saúde e em particular em cuidados de enfermagem.	Participância	8 — Identificação da integração de conhecimentos, habilidades e atitudes de diferentes áreas disciplinares, para além da Enfermagem. 9 — Especificação clara das mais-valias da sua integração no processo de cuidados acrescentando valor ao cidadão.

Aprovado em Assembleia Geral de 12 de dezembro de 2014.

12 de dezembro de 2014. — O Bastanteiro, Germano Rodrigues Couto.

308424513

Regulamento n.º 101/2015

Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro Gestor

Preambulo

Considerando o determinado no Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), publicado pelo Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de setembro, no seu n.º 6, artigo 9.º, os enfermeiros contribuem,

no exercício da sua atividade na área de gestão, investigação, docência, formação e assessoria para a melhoria e evolução da prestação dos cuidados de enfermagem, nomeadamente: avaliando e propondo os recursos humanos necessários para a prestação dos cuidados de enfermagem, estabelecendo normas e critérios de atuação e procedendo a avaliação de desempenho; propondo protocolos e sistemas de informação adequados para a prestação de cuidados; dando parecer técnico acerca de instalações, materiais e equipamentos utilizados na prestação de cuidados de enfermagem; colaborando na seleção e implementação de métodos e

estratégias de ensino/aprendizagem entre as Instituições de Saúde e as Instituições de Ensino Superior.

Deste modo o exercício de funções de gestão por enfermeiros e de elevada importância para assegurar a qualidade do exercício profissional destes profissionais e necessita de ser reconhecido, validado e certificado pela OE numa perspetiva integradora do Modelo de Desenvolvimento Profissional.

Assim, nos termos da alínea i) do artigo 12.º, da alínea o) do n.º 1 do artigo 20.º e da alínea d) do artigo 30.º, todos do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de abril, alterado e republicado em Anexo a Lei n.º 111/2009, de 16 de setembro, a Assembleia Geral, sob proposta do Conselho de Enfermagem, apresentado pelo Conselho Diretivo, ouvidos os conselhos de enfermagem regionais e após parecer do Conselho Jurisdicional, aprovou o seguinte Regulamento:

Artigo 1.º

Objeto

O presente regulamento define o perfil das competências do enfermeiro gestor.

Artigo 2.º

Âmbito e Finalidade

O perfil de competências do enfermeiro gestor integra, cumulativamente, as competências comuns e específicas previamente adquiridas e enforma um conjunto de competências que visam prover o enquadramento regulador para o exercício das mesmas.

Artigo 3.º

Conceitos

Para efeitos do presente Regulamento entende-se por:

a) "Competências acrescidas" as competências que permitem responder de uma forma distinta a necessidades em cuidados de saúde da população que se vão configurando, fruto da complexificação permanente dos conhecimentos, práticas e contextos, certificadas ao longo do percurso profissional especializado, em domínios da disciplina de Enfermagem e disciplinas relacionadas;

b) "Enfermeiro Gestor" é o enfermeiro que detém um conhecimento efetivo, no domínio da disciplina de enfermagem, da profissão de enfermeiro e do domínio específico da gestão em enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, garante o cumprimento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem no que concerne ao enunciado descritivo «A Organização dos Cuidados de Enfermagem», sendo o motor do desenvolvimento profissional (técnico-científico e relacional) da sua equipa, da construção de ambientes favoráveis à prática clínica e da qualidade do serviço prestado ao cidadão, é o gestor de pessoas, da segurança dos cuidados, da adequação dos recursos, da formação, do risco clínico, da mudança, das relações profissionais, dos conflitos, entre outros;

c) "Domínio de Competências" é uma esfera de ação e compreende um conjunto de competências com linha condutora semelhante e um conjunto de elementos agregados;

d) "Norma ou descritivo de competência" apresenta a competência em relação aos atributos gerais e específicos, sendo decomposta em

segmentos menores, descrevem os conhecimentos, as habilidades e as operações que devem ser desempenhadas e aplicadas em distintas situações de trabalho;

e) "Unidade de competência" é um segmento maior da competência, tipicamente representado como uma função maior ou conjunto de elementos de competência afins que representam uma realização concreta, revestindo-se de um significado claro e de valor reconhecido no processo;

f) "Critérios de avaliação" compreendem a lista integrada dos aspetos de desempenho que devem ser atendidos como evidência do desempenho profissional competente em exercício, expressam as características dos resultados, relacionando-se com o alcance descrito.

Artigo 4.º

Domínios da competência acrescida

Os domínios da competência acrescida do Enfermeiro gestor são a gestão e a assessoria de gestão.

Artigo 5.º

Competências do domínio da gestão

1 — As competências do domínio da gestão são as seguintes:

- Garante uma prática profissional e ética na equipa que lidera;
- Garante a implementação da melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem;
- Gere serviço/unidade e a equipa otimizando as respostas às necessidades dos clientes em cuidados de saúde;
- Garante o desenvolvimento de competências dos profissionais da equipa que lidera;
- Garante a prática profissional baseada na evidência.

2 — Cada competência prevista no número anterior é apresentada com descritivo, unidades de competência e critérios de avaliação (Anexo I).

Artigo 6.º

Competências do domínio da assessoria

1 — A competência do domínio da assessoria é a seguinte: Desempenha um papel pro-ativo na definição de políticas de saúde.

2 — A competência prevista no número anterior é apresentada com descritivo, unidades de competência e critérios de avaliação (Anexo II).

ANEXO I

A — Domínio da gestão

A1 — Garante uma prática profissional e ética na equipa que lidera. Descritivo:

Demonstra a garantia de um exercício seguro, profissional e ético, utilizando capacidades na tomada de decisão ética e deontológica. A competência assenta num corpo de conhecimentos e atitudes do domínio ético-deontológico, legislativo e profissional e na avaliação sistemática dos serviços prestados ao cliente.

Unidades de competência	Critérios de Avaliação
A1.1 — Garante o respeito pelos valores, ética profissional e prática legal.	<p>A1.1.1 — Promove o conhecimento e o cumprimento dos valores, regras e práticas de acordo com a <i>legis artis</i>;</p> <p>A1.1.2 — Promove o desenvolvimento profissional dos enfermeiros e da equipa;</p> <p>A1.1.3 — Promove uma cultura organizacional com base no respeito pelas regras deontológicas e práticas legais;</p> <p>A1.1.4 — Assume a responsabilidade pela criação de condições para a tomada de decisão da equipa que lidera;</p> <p>A1.1.5 — Responde pela criação de condições para a tomada de decisão da equipa que lidera;</p> <p>A1.1.6 — Assume a responsabilidade pelo cumprimento do enquadramento legal da regulação profissional.</p>

A2 — Garante a implementação da melhoria contínua da qualidade dos cuidados de Enfermagem.

Descritivo:

Promove a conceção e implementação de projetos e programas na área da qualidade, tendo em vista as melhores práticas profissionais, na equipa que lidera.

Unidades de competência	Crítérios de Avaliação
A2.1 — Garante as melhores práticas profissionais	<p>A2.1.1 — Assegura o cumprimento dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, gerais e especializados de acordo com as competências dos enfermeiros da equipa.</p> <p>A2.1.2 — Contribui para o desenvolvimento de práticas baseadas na evidência.</p> <p>A2.1.3 — Gere os serviços/unidades garantindo o respeito pela prática baseada na evidência.</p> <p>A2.1.4 — Garante a os meios para a elaboração das normas de boas práticas.</p> <p>A2.1.5 — Promove a utilização das normas de boas práticas.</p> <p>A2.1.6 — Garante a atualização das normas de boas práticas.</p> <p>A2.1.7 — Utiliza instrumentos de avaliação que permitam as boas práticas de gestão nos serviços que lidera.</p> <p>A2.1.8 — Promove o planeamento da qualidade dos cuidados de saúde, nomeadamente dos cuidados de enfermagem, prestados pelos enfermeiros integrados na equipa.</p> <p>A2.1.9 — Assegura a organização da qualidade dos cuidados de saúde, nomeadamente dos cuidados de enfermagem, prestados pelos enfermeiros integrados na equipa.</p> <p>A2.1.10 — Assegura a coordenação dos cuidados de saúde, nomeadamente dos cuidados de enfermagem, prestados pelos enfermeiros integrados na equipa.</p> <p>A2.1.11 — Assegura a avaliação dos cuidados de saúde, nomeadamente dos cuidados de enfermagem, prestados pelos enfermeiros integrados na equipa.</p> <p>A2.1.12 — Promove a integração de sistemas de informação.</p> <p>A2.1.13 — Incentiva a utilização de tecnologias de informação.</p> <p>A2.1.14 — Utiliza estratégias de marketing profissional e organizacional com eficácia e eficiência.</p> <p>A2.1.15 — Domina conhecimentos de gestão que contribuem para acrescentar valor à prática da enfermagem.</p> <p>A2.1.16 — Domina habilidades técnicas de gestão que contribuem para acrescentar valor à prática da enfermagem.</p> <p>A2.1.17 — Garante o primado das necessidades do cliente tendo em conta as condições ambientais e situacionais.</p> <p>A2.1.18 — Implementa metodologias de avaliação de resultados.</p> <p>A2.1.19 — Implementa metodologias de medição de resultados.</p> <p>A2.1.20 — Gere a decisão, tendo por base os indicadores e referências que lhes estão associados.</p> <p>A2.2.1 — Promove ambientes seguros, identificando e gerindo riscos.</p> <p>A2.2.2 — Promove ambientes seguros introduzindo medidas corretivas.</p> <p>A2.2.3 — Participa na elaboração de planos de gestão de risco.</p> <p>A2.2.4 — Participa na implementação de planos de gestão de risco.</p> <p>A2.2.5 — Coordena grupos de trabalho e comissões na área da gestão de risco clínico e não clínico.</p> <p>A2.2.6 — Participa em grupos de trabalho e comissões na área da gestão de risco clínico e não clínico.</p> <p>A2.2.7 — Promove a gestão de situações imprevistas e ou problemáticas na gestão dos cuidados.</p> <p>A2.2.8 — Gere situações imprevistas e ou problemáticas na gestão dos recursos humanos.</p> <p>A2.2.9 — Gere situações imprevistas e ou problemáticas em diversos domínios na gestão dos materiais.</p> <p>A2.2.10 — Promove a cultura de segurança da equipa.</p> <p>A2.2.11 — Monitoriza indicadores.</p>

A3 — Gere a equipa de enfermagem otimizando as respostas às necessidades dos clientes em cuidados de enfermagem.
 Descritivo:

A competência assenta num corpo de conhecimento no domínio da gestão de pessoas, de recursos materiais e tecnológicos, de sistemas de gestão da qualidade, de contratualização interna e externa, de gestão orçamental e de avaliação sistemática das melhores práticas.

Unidades de competência	Crítérios de Avaliação
A3.1 — Gere recursos humanos	<p>A3.1.1 — Assume a aplicação das orientações institucionais.</p> <p>A3.1.2 — Controla a aplicação das orientações institucionais.</p> <p>A3.1.3 — Assegura a gestão dos recursos humanos disponíveis, otimizando a sua eficiência, eficácia e produtividade.</p> <p>A3.1.4 — Otimiza os recursos humanos existentes em função das competências.</p> <p>A3.1.5 — Zela pela existência de dotações seguras.</p> <p>A3.1.6 — Utiliza instrumentos de cálculo das necessidades de cuidados de enfermagem.</p> <p>A3.1.7 — Promove a coesão, o espírito de equipa e um bom ambiente de trabalho.</p> <p>A3.1.8 — Mantém a coesão, o espírito de equipa e um bom ambiente de trabalho.</p> <p>A3.1.9 — Desenvolve a coesão, o espírito de equipa e um bom ambiente de trabalho.</p> <p>A3.1.10 — Gere conflitos.</p>

Unidades de competência	Crítérios de Avaliação
A3.2 — Gere recursos materiais e equipamentos	<p>A3.1.11 — Promove o empenhamento e a motivação do serviço/unidade e equipa (visão global).</p> <p>A3.1.12 — Promove o empoderamento do serviço/unidade e equipa.</p> <p>A3.1.13 — Cria as condições para um trabalho cooperativo de complementaridade funcional no seio do serviço/unidade e equipa.</p> <p>A3.1.14 — Mantém as condições para um trabalho cooperativo de complementaridade funcional no seio do serviço/unidade e equipa.</p> <p>A3.1.15 — Lidera a gestão dos membros da equipa de cuidados sob a sua responsabilidade promovendo a articulação funcional com o serviço/unidade e equipa de saúde.</p> <p>A3.1.16 — Coordena o processo de integração dos colaboradores.</p> <p>A3.1.17 — Elabora plano de integração dos diferentes colaboradores.</p> <p>A3.1.18 — Acompanha a equipa nas situações de crise.</p> <p>A3.1.19 — Garante a existência de mecanismos de comunicação na equipa.</p> <p>A3.1.20 — Gere o processo de reclamação do cliente e família, acatando a mesma, analisando-a e apresentando proposta de resolução, no que se refere à prática clínica dos enfermeiros.</p> <p>A3.1.21 — Avalia a satisfação profissional dos enfermeiros.</p> <p>A3.2.1 — Assegura a gestão eficiente dos recursos materiais.</p> <p>A3.2.2 — Monitoriza o cumprimento dos procedimentos orientadores da utilização de equipamentos e materiais.</p> <p>A3.2.3 — Zela pela adequação dos equipamentos e recursos materiais às necessidades de cuidados.</p> <p>A3.2.4 — Participa na construção, remodelação e adequação dos espaços físicos de forma a garantir a sua funcionalidade.</p> <p>A3.2.5 — Elabora procedimentos orientadores da utilização de equipamentos e materiais.</p> <p>A3.2.6 — Atualiza procedimentos orientadores da utilização de equipamentos e materiais.</p> <p>A3.2.7 — Conhece e utiliza os métodos de aprovisionamento e gestão de stocks.</p> <p>A3.2.8 — Participa na definição de critérios de qualidade dos materiais.</p> <p>A3.2.9 — Participa na gestão e controlo orçamental do serviço/unidade ou organização.</p> <p>A3.2.10 — Participa no processo de contratualização interna e externa.</p>

A4 — Garante o desenvolvimento de competências dos profissionais da equipa que lidera.

Descritivo:

Providencia oportunidades de formação contínua e desenvolvimento profissional e pessoal, fornece feedback construtivo, gere o desempenho profissional e controla o trabalho em equipa. Utiliza ferramentas de comunicação, advocacia, negociação, coaching, e supervisão. A competência assenta num corpo de conhecimento no domínio da governação clínica, inteligência emocional e formação.

Unidades de competência	Crítérios de Avaliação
A4.1 — Optimiza e promove o desenvolvimento de competências	<p>A4.1.1 — Promove a formação informal da equipa.</p> <p>A4.1.2 — Promove a formação formal da equipa.</p> <p>A4.1.3 — Efetua a avaliação do desempenho dos profissionais que gere.</p> <p>A4.1.4 — Incentiva a explicitação do processo de tomada de decisão clínica.</p> <p>A4.1.5 — Proporciona espaços de reflexão sobre as práticas de forma a promover o empenhamento da equipa na gestão das suas próprias competências.</p> <p>A4.1.6 — Promove a assertividade.</p> <p>A4.1.7 — Atua como formador na equipa multidisciplinar e multiprofissional.</p> <p>A4.1.8 — Promove estratégias de gestão participativa.</p>
A4.2 — Promove a formação e o desenvolvimento da prática de enfermagem.	<p>A4.2.1 — É uma referência para os clientes em diferentes situações do processo de cuidados.</p> <p>A4.2.2 — É uma referência para as famílias em diferentes situações do processo de cuidados.</p> <p>A4.2.3 — É uma referência para a equipa em diferentes situações do processo de cuidados.</p> <p>A4.2.4 — É uma referência para os estudantes em diferentes situações do processo de cuidados.</p> <p>A4.2.5 — Colabora na formação graduada em enfermagem.</p> <p>A4.2.6 — Colabora na formação pós-graduada em enfermagem.</p> <p>A4.2.7 — Participa na definição de prioridades formativas da organização.</p> <p>A4.2.8 — Participa na definição de prioridades de investigação da organização.</p> <p>A4.2.9 — Promove as condições para a implementação e consolidação do Modelo de Desenvolvimento Profissional.</p> <p>A4.2.10 — Garante a acreditação do serviço/unidade para efeitos de prática tutelada em enfermagem.</p> <p>A4.2.11 — Participa na implementação do modelo de desenvolvimento profissional em articulação com a O.E. e outras entidades.</p>

A5 — Garante a prática profissional baseada na evidência.

Descritivo:

Promove a realização de estudos científicos para a qualidade e o valor dos cuidados oferecidos ao cliente. A competência assenta num corpo de conhecimento no domínio da investigação.

Unidades de competência	Críticos de Avaliação
A5.1 — Promove a investigação e a enfermagem baseada na evidência.	A5.1.1 — Implica a equipa na inovação em projetos de investigação. A5.1.2 — Implica a equipa na utilização dos resultados da investigação produzida. A5.1.3 — Implica a equipa na divulgação dos resultados da investigação produzida.

ANEXO II

B — Domínio da assessoria de Gestão

B1 — Desempenha um papel pro-ativo na definição de políticas de saúde.

Descritivo:

A competência assenta num corpo de conhecimento no domínio da liderança, marketing, gestão financeira, gestão de projetos, governação clínica e poder executivo, tendo como foco a intervenção política e assessoria.

Unidades de competência	Críticos de Avaliação
B1.1 — Participa na definição e implementação de políticas	B1.1 — Colabora na definição das políticas de saúde. B1.2 — Participa na implementação de políticas de saúde. B1.3 — Identifica-se com o alinhamento organizacional, incorporando os conceitos organizacionais de missão e de visão. B1.4 — Elabora estudos de custo/benefício com base na evidência relativa a cuidados de saúde. B1.5 — Gere estratégias de marketing. B1.6 — Participa em redes de conhecimento. B1.7 — Participa na definição de sistemas de informação. B1.8 — Participa na implementação dos sistemas de informação. B1.9 — Participa em equipas de projeto. B1.10 — Participa na construção de indicadores. B1.11 — Participa na implementação de indicadores. B1.12 — Efetua avaliação de políticas de saúde. B1.13 — Utiliza instrumentos de gestão económico-financeira.
B1.2 — Desenvolve o planeamento estratégico	B1.2.1 — Elabora planos de intervenção e projetos setoriais. B1.2.2 — Compreende as implicações económicas dos processos desenvolvidos. B1.2.3 — Garante a cooperação intersectorial para a consecução de projetos/programas de intervenção. B1.2.4 — Participa em processos de contratualização interna e externa. B1.2.5 — Participa na conceção da construção e remodelação de unidades de saúde. B1.2.6 — Participa no planeamento da construção e remodelação de unidades de saúde. B1.2.7 — Conduz projetos no longo prazo.

Aprovado em Assembleia Geral de 12 de dezembro de 2014.

12 de dezembro de 2014. — O Bastanteiro, Germano Rodrigues Couto.

308424838

UNIVERSIDADE ABERTA

Despacho (extrato) n.º 2537/2015

Por despacho de 18 de fevereiro de 2015, do Rector da Universidade e durante a sua ausência em serviço oficial no estrangeiro, de 21 a 28 de fevereiro de 2015, ao abrigo do disposto no n.º 2 do artigo 37.º dos Estatutos da Universidade Aberta, homologados pelo Despacho Normativo n.º 65-B/2008, de 12 de dezembro, publicado no *Diário da República*, 2.ª série, n.º 246, de 22 de dezembro de 2008, e em conformidade com o disposto nos artigos 35.º a 40.º do Código do Procedimento Administrativo, delega todos os poderes que a lei originariamente lhe confere para o exercício das suas funções, bem como as competências que lhe foram delegadas ou subdelegadas com a possibilidade de subdelegação, no Vice-Rector desta Universidade, Prof. Doutor Domingos José Alves Casiro.

20, fevereiro, 2015. — A Chefe da Divisão de Recursos Humanos, Célia Maria Cruz Fonseca de Matos.

208454419

UNIVERSIDADE AUTÓNOMA DE LISBOA LUÍS DE CAMÕES

Anúncio n.º 42/2015

De acordo com o disposto pelos artigos 75.º a 80.º do Decreto-Lei n.º 74/2006, de 24 de março, na redação que lhe foi dada pelo Decreto-Lei n.º 115/2013, de 7 de agosto, da Deliberação n.º 2392/2013, de 12 de novembro, da Agência de Avaliação e Acreditação do Ensino Superior, a CEU — Cooperativa de Ensino Universitário, CRL, vem publicar a alteração ao plano de estudos do curso de licenciatura em Relações Internacionais depois de acreditado pelo Conselho de Administração da Agência de Avaliação e Acreditação do Ensino Superior na sua reunião de 05 de novembro de 2014 e registado na Direção-Geral do Ensino Superior com o n.º R/A-Ef1138/2011/AL01 com data de 06 de fevereiro de 2015. O anterior plano de estudos foi publicado no *Diário da República*, 2.ª série, n.º 103, de 29 de maio de 2007.

ANEXO 2 - Questionário utilizado

16/03/2019

Dissertação de Mestrado em Direção e Chefia de Serviços de Enfermagem

Dissertação de Mestrado em Direção e Chefia de Serviços de Enfermagem

Exmo(a) Sr(a) Enfermeiro(a)

Este questionário visa a obtenção de dados para realização de um trabalho de investigação no âmbito do Mestrado em Direção e Chefia de Serviços de Enfermagem da Escola superior de Enfermagem do Porto.

Com este estudo pretendemos avaliar o impacto da tipologia e duração dos horários na percepção da qualidade por parte dos enfermeiros do Hospital CUF Porto, assim como na satisfação dos profissionais, segurança dos cuidados, stress, fadiga e organização dos cuidados de enfermagem.

A sua participação é voluntária, mas também é fundamental para a concretização dos objectivos da investigação. Nesse sentido solicitamos o máximo de sinceridade nas respostas.

O formulário foi construído de modo a garantir o anonimato na resposta.

Ao prosseguir com o preenchimento do questionário, está a dar o consentimento para a participação na investigação.

Agradecemos a sua colaboração!

***Obrigatório**

Caracterização Sócio-demográfica

1. Idade (anos completos no momento da resposta ao questionário) *

2. Género *

Marcar apenas uma oval.

☐ Masculino

☐ Feminino

3. Tempo de exercício profissional (anos completos no momento da resposta ao questionário) *

4. Tempo de exercício profissional no serviço atual (anos completos no momento da resposta ao questionário) *

5. Serviço **Marcar apenas uma oval.*

- ☐ Bloco Operatório (Central e/ou Partos)
- ☐ Internamento (independentemente da especialidade)
- ☐ Atendimento Permanente
- ☐ Consulta
- ☐ Cuidados Intensivos/ Intermédios
- ☐ Exames Especiais/ Radiologia de intervenção

6. Tipo de contrato **Marcar apenas uma oval.*

- ☐ Prestação de serviços
- ☐ Contrato a Termo Certo
- ☐ Contrato por Tempo Indeterminado

7. Carga horária (média) semanal **Marcar apenas uma oval.*

- ☐ 40 horas semanais (ou mais)
- ☐ 20 a 40 horas semanais
- ☐ Menos de 20 horas semanais

8. Tipologia de horário **Marcar apenas uma oval.*

- ☐ Horário Fixo
- ☐ Horário rotativo (excluindo noites)
- ☐ Horário rotativo (incluindo noites)

9. Duração dos turnos (realizado com maior frequência) **Marcar apenas uma oval.*

- ☐ 6 a 8 horas
- ☐ 8 a 10 horas
- ☐ 12 ou mais horas

Avaliação da qualidade percebida pelos enfermeiros

Nesta secção pretendemos analisar a percepção dos enfermeiros relativamente à qualidade das suas intervenções, tendo por base os padrões de qualidade da Ordem dos enfermeiros (colocar referência), com recurso à Escala de Percepção das actividades de Enfermagem que contribuem para a qualidade de cuidados (EPAECQC) – MARTINS, MM; GONÇALVES, M.N.

Tendo em consideração o que pensa em relação à prática de cuidados no seu serviço, selecione uma das seguintes opções, de acordo com a seguinte escala: 1- Nunca; 2- Poucas Vezes; 3- Às vezes; 4- Sempre

1. A satisfação do cliente

Tendo em consideração o que pensa em relação à prática de cuidados no seu serviço.

10. a) Os enfermeiros demonstram respeito pelas capacidades, crenças, valores e desejos da natureza individual do cliente nos cuidados que prestam *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	
Nunca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sempre

11. b) Os enfermeiros procuram constantemente empatia nas interações com o cliente (doente/família) *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	
Nunca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sempre

12. c) Os enfermeiros envolvem os conviventes significativos do cliente individual no processo de cuidados *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	
Nunca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sempre

2. A promoção da saúde

Tendo em consideração o que pensa em relação à prática de cuidados no seu serviço.

13. a) Os enfermeiros identificam as situações de saúde da população e dos recursos do cliente / família e comunidade *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	
Nunca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sempre

14. b) Os enfermeiros aproveitam o internamento para promover estilos de vida saudáveis *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	
Nunca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sempre

15. c) Os enfermeiros fornecem informação geradora de aprendizagem cognitiva e de novas capacidades pelo cliente *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	
Nunca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sempre

3. A prevenção de complicações

Tendo em consideração o que pensa em relação à prática de cuidados no seu serviço.

16. a) Os enfermeiros identificam os problemas potenciais do cliente *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	
Nunca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sempre

17. b) Os enfermeiros prescrevem e implementam intervenções com vista à prevenção de complicações *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	
Nunca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sempre

18. c) Os enfermeiros avaliam as intervenções que contribuem para evitar problemas ou minimizar os efeitos indesejáveis *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	
Nunca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sempre

19. d) Os enfermeiros demonstram o rigor técnico / científico na implementação das intervenções de enfermagem. *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	
Nunca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sempre

20. e) Os enfermeiros referenciam situações problemáticas identificadas para outros profissionais, de acordo com os mandatos sociais. *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	
Nunca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sempre

21. f) Os enfermeiros supervisionam as actividades que concretizam as intervenções de enfermagem e as actividades que delegam. *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	
Nunca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sempre

22. g) Os enfermeiros demonstram responsabilidade pelas decisões que tomam, pelos atos que praticam e que delegam. *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	
Nunca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sempre

4. O Bem-estar e o autocuidado

Tendo em consideração o que pensa em relação à prática de cuidados no seu serviço.

23. a) Os enfermeiros identificam os problemas do cliente que contribuam para aumentar o bem-estar e a realização das suas atividades de vida. *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	
Nunca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sempre

24. b) Os Enfermeiros prescrevem e implementam intervenções que contribuam para aumentar o bem-estar e a realização das atividades de vida dos clientes. *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	
Nunca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sempre

25. c) Os enfermeiros avaliam as intervenções que contribuam para aumentar o bem-estar e a realização das atividades de vida dos clientes *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	
Nunca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sempre

26. d) Os enfermeiros demonstram o rigor técnico/científico na implementação das intervenções de enfermagem que contribuam para aumentar o bem-estar e a realização das atividades de vida dos clientes *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	
Nunca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sempre

27. e) Os enfermeiros referenciam situações problemáticas identificadas que contribuam para aumentar o bem-estar e a realização das atividades de vida dos clientes. *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	
Nunca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sempre

28. f) Os enfermeiros demonstram responsabilidade pelas decisões que tomam, pelos atos que praticam e que delegam. *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	
Nunca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sempre

5. A readaptação funcional

Tendo em consideração o que pensa em relação à prática de cuidados no seu serviço.

29. a) Os enfermeiros dão continuidade ao processo de prestação de cuidados de enfermagem *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	
Nunca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sempre

30. c) Os Enfermeiros otimizam as capacidades do cliente e conviventes significativos para gerir o regime terapêutico prescrito. *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	
Nunca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sempre

31. d) Os enfermeiros ensinam, instruem e treinam o cliente sobre a adaptação individual requerida face à readaptação funcional. *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	
Nunca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sempre

6. A organização dos cuidados de enfermagem

Tendo em consideração o que pensa em relação à prática de cuidados no seu serviço.

32. a) Os enfermeiros dominam o sistema de registos de enfermagem. *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	
Nunca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sempre

33. b) Os enfermeiros conhecem as políticas do hospital *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	
Nunca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sempre

Avaliação da satisfação com a tipologia e duração do horário realizado

Nesta secção pretendemos avaliar o grau de satisfação (individual) com a tipologia e duração do horário realizado com maior frequência, assim como a sua percepção quanto à influência em aspectos como a fadiga, stress, segurança e organização dos cuidados.

1- Discordo completamente; 2- Discordo; 3- Concordo; 5- Concordo completamente

34. Tendo em consideração a tipologia e duração dos turnos que realizo com maior frequência, é favorecida a continuidade dos cuidados *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	
Discordo completamente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Concordo completamente

35. Tendo em consideração a tipologia e duração dos turnos que realizo com maior frequência, é favorecida a segurança dos cuidados *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	
Discordo completamente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Concordo completamente

36. Tendo em consideração a tipologia e duração dos turnos que realizo com maior frequência, consigo gerir melhor o tempo necessário para os registos de enfermagem *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	
Discordo completamente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Concordo completamente

37. Tendo em consideração a tipologia e duração dos turnos que realizo com maior frequência, consigo uma melhor organização dos cuidados de enfermagem *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	
Discordo completamente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Concordo completamente

38. Tendo em consideração a tipologia e duração dos turnos que realizo com maior frequência, consigo ter mais tempo livre (fora da unidade) *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	
Discordo completamente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Concordo completamente

39. Tendo em consideração a tipologia e duração dos turnos que realizo com maior frequência, consigo uma melhor gestão da vida pessoal e familiar *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	
Discordo completamente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Concordo completamente

40. Tendo em consideração a tipologia e duração dos turnos que realizo com maior frequência, há uma maior propensão para a fadiga e stress *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	
Discordo completamente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Concordo completamente

41. Estou globalmente satisfeito com a tipologia e duração do horário realizado no meu serviço *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	
Discordo completamente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Concordo completamente


42. Gostaria de ter outro tipo e duração de horário de trabalho *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	
Discordo completamente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Concordo completamente

Fim

Muito obrigado pela sua colaboração!

Com tecnologia
 Google Forms

ANEXO 3 - Parecer da comissão de ética do Hospital CUF Porto



Exmo. Senhor
Enfermeiro Ricardo Sousa

N/ Ref. HCP/CES - 28/18

Porto, 26 de Novembro de 2018

Assunto: "Impacto da duração e tipologia de horários de trabalho na qualidade dos cuidados percebida pelos Enfermeiros do Hospital CUF Porto".

Exmo. Senhor Enfermeiro Ricardo Sousa,

Vimos por este meio informar que após análise do estudo acima identificado o parecer ético é favorável.

Segue em anexo o formulário de avaliação.

Com os meus melhores cumprimentos,

P'la Comissão de Ética
Sara Martins, Enf.

COMISSÃO DE ÉTICA CUF PORTO
FORMULÁRIO PARA A AVALIAÇÃO ÉTICA DE PROJECTOS

Investigador Principal	Sr. Enf. Ricardo Sousa
Identificação Estudo/Projecto	Estudo "Impacto da duração e tipologia de horários de trabalho na qualidade dos cuidados percebida pelos Enfermeiros do Hospital CUF Porto"
Data de submissão	

PARECER

PARECER ÉTICO FAVORÁVEL (A proposta é eticamente aceitável) SIM	MOTIVOS:
PARECER ÉTICO CONDICIONADO AO PREENCHIMENTO DE REQUISITOS	MOTIVOS:
PARECER ÉTICO NÃO FAVORÁVEL (como tal, o projecto não pode ser avaliado)	MOTIVOS:

Requisitos:

Sugere-se no questionário a aplicar, utilizar escala com intervalos de valores nas questões: 1, 3 e 4.

"FOLLOW-UP"/MONITORIZAÇÃO ÉTICA

Na sua opinião, seria necessário uma monitorização Ética durante a implementação do projecto?

Não ☒ Sim ☐

QUESTÕES ÉTICAS 1: SERES HUMANOS

Esta investigação envolve participantes seres humanos?

Não ☐ Sim ☒ Não aplicável ☐

São voluntários para investigação social ou ciências humanas?

Não ☐ Sim ☒ Não aplicável ☐

São pessoas incapazes de dar consentimento informado?

Não ☒ Sim ☐ Não aplicável ☐

São indivíduos ou grupos vulneráveis?

Não ☒ Sim ☐ Não aplicável ☐

São crianças ou menores de idade?

Não ☒ Sim ☐ Não aplicável ☐

São doentes?

Não ☒ Sim ☐ Não aplicável ☐

São voluntários adultos e saudáveis para estudos médicos?

Não ☒ Sim ☐ Não aplicável ☐

Esta investigação envolve intervenções físicas sobre os participantes do estudo?

Não ☒ Sim ☐ Não aplicável ☐

Envolve técnicas invasivas?

Não ☒ Sim ☐ Não aplicável ☐

Envolve colheita de amostras biológicas?

Não ☒ Sim ☐ Não aplicável ☐

REQUISITOS – SERES HUMANOS

Devem ser fornecidos os detalhes sobre os procedimentos e critérios que serão usados para identificar/recrutar participantes da investigação.

Não ☐ Sim ☐ Não aplicável ☐ já fornecido ☒ detalhes adicionais ☐

Devem ser fornecidas informações detalhadas sobre os procedimentos de consentimento informado, que serão implementados.

Não ☐ Sim ☐ Não aplicável ☐ já fornecido ☒ detalhes adicionais ☐

O investigador deve clarificar se serão envolvidas crianças e /ou adultos incapazes de dar consentimento informado e em caso afirmativo, deve fornecer uma justificação para esta participação.

Não ☐ Sim ☐ Não aplicável ☒ já fornecido ☐ detalhes adicionais ☐

O investigador deve esclarecer como será assegurado o assentimento no caso de crianças e/ou adultos incapazes de dar consentimento informado.

Não ☐ Sim ☐ Não aplicável ☒ já fornecido ☐ detalhes adicionais ☐

O investigador deve clarificar se pessoas/grupos vulneráveis serão envolvidos.

Não ☐ Sim ☐ Não aplicável ☒ já fornecido ☐ detalhes adicionais ☐

Devem ser fornecidos detalhes sobre as medidas tomadas para evitar o risco de aumentar a vulnerabilidade/estigmatização de indivíduos/grupos.

Não ☐ Sim ☐ Não aplicável ☒ já fornecido ☐ detalhes adicionais ☐

O investigador deve clarificar se serão usados procedimentos físicos invasivos.

Não ☐ Sim ☐ Não aplicável ☒ já fornecido ☐ detalhes adicionais ☐

Detalhes sobre a política a implementar no caso de descobertas acidentais no decorrer da investigação devem ser fornecidas

Não ☐ Sim ☐ Não aplicável ☒ já fornecido ☐ detalhes adicionais ☐

QUESTÕES ÉTICAS 2: CÉLULAS OU TECIDOS DE SERES HUMANOS

Esta investigação envolve colheita ou uso de células ou tecidos de seres humanos?

Não ☒ Sim ☐ Não aplicável ☐

Estão disponíveis comercialmente?

Não ☒ Sim ☐ Não aplicável ☐

São obtidas no âmbito deste projecto?

Não ☒ Sim ☐ Não aplicável ☐

São obtidos de outro projecto (uso secundário de amostras)?

Não ☒ Sim ☐ Não aplicável ☐

São obtidos a partir de um biobanco ou de outro laboratório ou instituição?

Não ☒ Sim ☐ Não aplicável ☐

REQUISITOS - CÉLULAS OU TECIDOS DE SERES HUMANOS

Em caso de utilização de células de seres humanos/tecidos, devem ser apresentados detalhes sobre as células/tecidos a usar e sobre tipo e fornecedor.

Não ☐ Sim ☐ Não aplicável ☒ já fornecido ☐ detalhes adicionais ☐

Em caso de colheita de células/tecidos no decurso do projecto devem ser apresentados detalhes sobre o consentimento informado e o modo como as células vão ser colhidas/armazenadas.

Não ☐ Sim ☐ Não aplicável ☒ já fornecido ☐ detalhes adicionais ☐

Em caso de utilização de células de seres humanos/tecidos obtidos noutro projecto, devem ser apresentados detalhes sobre o tipo de células/tecidos e autorização do responsável das células (incluindo referências à aprovação ética e consentimento informado para o uso secundário da amostra).

Não ☐ Sim ☐ Não aplicável ☒ já fornecido ☐ detalhes adicionais ☐

Em caso de células/tecidos humanos armazenados num biobanco, devem ser fornecidos detalhes sobre o tipo de células/tecidos, bem como detalhes sobre o biobanco e condições de acesso.

Não ☐ Sim ☐ Não aplicável ☒ já fornecido ☐ detalhes adicionais ☐

QUESTÕES ÉTICAS 3: PROTECÇÃO DE DADOS PESSOAIS

Esta investigação envolve a recolha/tratamento de dados pessoais?

Não ☐ Sim ☒ Não aplicável ☐

Envolve a recolha e/ou tratamento de dados pessoais sensíveis (por exemplo, saúde, estilo de vida sexual, etnia, opinião política, religiosa...)?

Não ☒ Sim ☐ Não aplicável ☐

Envolve o processamento de informação genética?

Não ☒ Sim ☐ Não aplicável ☐

Envolve rastreamento ou a observação dos participantes?

Não ☒ Sim ☐ Não aplicável ☐

Envolve o processamento de dados pessoais recolhidos anteriormente (uso secundário)?

Não ☒ Sim ☐ Não aplicável ☐

REQUISITOS – PROTECÇÃO DE DADOS PESSOAIS

Devem ser fornecidas informações detalhadas sobre os procedimentos que serão implementados para a recolha, armazenamento, protecção, retenção e/ou destruição e a confirmação de que estes estão em conformidade com a legislação nacional e da União Europeia.

Não ☐ Sim ☐ Não aplicável ☒ já fornecido ☐ detalhes adicionais ☐

Devem ser fornecidas informações detalhadas sobre a forma de anonimizar ou pseudo-anonimizar (codificar) os dados.

Não ☐ Sim ☐ Não aplicável ☒ já fornecido ☐ detalhes adicionais ☐

Estes procedimentos devem ser validados pelo Encarregado de protecção de dados (EPD) da Instituição.

Não ☐ Sim ☐ Não aplicável ☒ já fornecido ☐ detalhes adicionais ☐

No caso da utilização de dados que não estão publicamente disponíveis, o investigador deve apresentar as autorizações pertinentes.

Não ☐ Sim ☐ Não aplicável ☒ já fornecido ☐ detalhes adicionais ☐

QUESTÕES ÉTICAS 4: OUTRAS QUESTÕES ÉTICAS

Existem outras questões éticas que devem ser tomadas em consideração?

Por favor especifique

Não ☒ Sim ☐ Não aplicável ☐ já fornecido ☐ detalhes adicionais ☐